Załącznik nr 1

SZCZEGÓŁOWY ZAKRES OBOWIĄZKÓW

1. Planowanie i realizacja opieki lekarskiej nad świadczeniobiorcą w zakresie udzielanych przez niego świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczenia
   (w warunkach ambulatoryjnych i domowych).
2. Koordynowanie i udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie posiadanych kompetencji.
3. Współpraca z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, położną podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania;
4. Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej
5. Wystawianie recept, zwolnień lekarskich, skierowań i orzeczeń lekarskich zgodnie z obowiązującymi przepisami i w zakresie swoich kompetencji na zajmowanym stanowisku.
6. Prowadzenie systematycznej i okresowej oceny stanu zdrowia w ramach badań bilansowych,
7. Identyfikowanie czynników ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy
8. Koordynowanie i wykonywanie kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych świadczeniobiorcy (zapewnia wykonywanie szczepień oraz informuje o szczepieniach zalecanych).
9. Uczestniczenie w realizacji programów profilaktycznych,
10. Prowadzenie systematycznej i okresowej oceny stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych
11. Informowanie świadczeniobiorcy o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazywanie podmiotów właściwych do jego przeprowadzenia,
12. Przeprowadzanie badania podmiotowego świadczeniobiorcy zgodnie z wiedzą medyczną.
13. Przeprowadzanie badania przedmiotowego z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej;
14. Zlecanie wykonania badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych i obrazowych.
15. Kierowanie świadczeniobiorcy na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku, gdy uzna to za konieczne;
16. Kierowanie świadczeniobiorcy do jednostek lecznictwa zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku, gdy uzna to za konieczne;
17. Dokonywanie interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców.
18. Orzekanie o stanie zdrowia świadczeniobiorcy w oparciu o osobiste badanie i dokumentację medyczną.
19. Zlecanie i monitorowanie leczenia farmakologicznego
20. Wykonywanie lub zlecanie wykonania zabiegów i procedur medycznych.
21. Kierowanie świadczeniobiorcy do wykonania zabiegów i procedur medycznych do innych świadczeniodawców.
22. Kierowanie do oddziałów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych
23. Kierowanie do pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej;
24. Kierowanie do leczenia uzdrowiskowego i wypełnianie w systemie skierowania na leczenie uzdrowiskowe.
25. Kierowanie do szybkiej diagnostyki onkologicznej i wypełnianie karty DILO
26. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy lub nauki.
27. Zlecanie zabiegów rehabilitacyjnych;
28. Wypisywanie zleceń do wydania świadczeniobiorcy wyrobów medycznych.

Załącznik nr 2

Harmonogram
udzielającego świadczeń
w DWOMP- .....
w komórkach organizacyjnych
w okresie od dnia..... do dnia.....

lek. med. .....
specjalizacja.....

HARMONOGRAM

Zakres świadczeń	poniedziałek		wtorek		środa		czwartek		piątek		Tyg. liczba godzin udzielania świadczeń
	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	
Poradnia											..... godz.

Wrocław, data .....

.....
/ Przyjmujący Zamówienie/

.....
/ Udzielający Zamówienie/

Załącznik nr 4

.....

Imię i Nazwisko

.....

Poradnia

Zgłoszenie planowanej/nagłej* przerwy w udzielaniu świadczeń

Informuję, że w okresie od dnia _____ do dnia _____ nastąpi przerwa w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju .....

_____

Data i podpis Przyjmującego Zamówienie

Zgłoszenie przyjęto w dniu.....

_____

Data i podpis Kierownika Działu Organizacji Świadczeń i Obsługi Pacjenta

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody*

_____

Data i podpis Udzielającego Zamówienie

* Niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 5

Klauzula informacyjna w związku z realizacją umowy cywilno-prawnej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego w Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), dalej zwane RODO, informuję, iż:

1. Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane Twoje dane osobowe, **jest Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy (zwany dalej DWOMP)** z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Joannitów 10-12, 50525 Wrocław, adres e-mail: dwomp@dwomp.pl, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000043818, numer NIP: 897 15 88 388 | REGON: 000294846, której akta rejestrowe przechowywane są w Sądzie Rejonowym Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
2. W DWOMP został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych
   Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w DWOMP
   - adres e-mail - iodo@dwomp.pl .
   - adres do korespondencji - Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, ul. Joannitów 10-12, 50-525 Wrocław.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO, na podstawie zgody wyrażonej przez Panią/Pana w zakresie w jakim podanie danych jest fakultatywne, w celu realizacji wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu DWOMP na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO (dochodzenia ewentualnych roszczeń związanych z zawartą umową, stosowania monitoringu wizyjnego), art. 6 ust. 1 lit. a RODO w celach wskazanych w treści zgód na przetwarzanie danych osobowych jeśli takie zgody były wyrażane (np. na wykorzystanie prywatnych danych kontaktowych w postaci nr telefonu i adresu e-mail, na wykorzystanie wizerunku);

   W zakresie w jakim Dane osobowe są przetwarzane w oparciu o wyrażoną zgodę, można ją wycofać w każdym czasie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści swoich danych, sprostowania swoich danych, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu. w sytuacji, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa i jak również podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów w związku z realizacją obowiązków Administratora w tym zewnętrznym podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia, w tym w szczególności dostawcom odpowiedzialnym za obsługę systemów informatycznych i sprzętu, kurierom, podmiotom obsługującym pocztę elektroniczną, firmom doradczym.

   DWOMP zapewnia, iż korzysta wyłącznie z usług takich podmiotów przetwarzających, które zapewniają odpowiednie środki techniczne i organizacyjne w przedmiocie ochrony zebranych przez nas danych osobowych.
6. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa, gdy

uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza obowiązujące przepisy prawa.

7. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich udostępnienia. Nieudostępnienie ich wiąże się z odmową zawarcia umowy.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:
   - ✓ trwania umowy, a w przypadku danych podanych fakultatywnie do momentu wycofania zgody, lecz nie dłużej niż przez okres trwania umowy.
   - ✓ przez okres 5 lat liczony od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy dla danych przetwarzanych na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych;

DWOMP zastrzega sobie jednak możliwość wydłużenia tego okresu na okres przedawnienia roszczeń, jednakże nie dłużej niż na okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym wygasła umowa wiążąca strony.

Po upływie wyżej wymienionych okresów Pani/Pana dane zostaną usunięte

lub poddane anonimizacji.

9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Pani/Pana dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.

Data aktualizacji 19.02.2026
Wersja 2.

Załącznik nr 6

Oświadczenie o zachowaniu poufności, ochronie danych osobowych oraz przestrzeganiu zasad cyberbezpieczeństwa

Oświadczam, że zostałam/em zapoznana/y z przepisami oraz dokumentacją wewnętrzną dotyczącą ochrony danych osobowych, bezpieczeństwa informacji oraz cyberbezpieczeństwa, w szczególności z:

1. Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
2. Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady /UE/ 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanym dalej RODO;
3. Ustawą z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, z uwzględnieniem zmian wynikających z wdrożenia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady /UE/ 2022/2555, zwanej dalej dyrektywą NIS 2 w zakresie, w jakim przepisy te mają zastosowanie do działalności Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy;
4. Wewnętrzną dokumentacją Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy opisującą zasady ochrony danych osobowych, bezpieczeństwa informacji oraz cyberbezpieczeństwa,
   w szczególności z Polityką Ochrony Danych, polityką bezpieczeństwa informacji, instrukcją zarządzania systemem informatycznym, zasadami bezpieczeństwa fizycznego, zasadami korzystania ze służbowej poczty elektronicznej i Internetu, zasadami korzystania ze sprzętu IT, zasadami zgłaszania incydentów oraz innymi procedurami obowiązującymi w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy.

Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień zawartych w powyższych przepisach i dokumentach oraz do szczególnej dbałości o zachowanie poufności, integralności, dostępności i rozliczalności danych osobowych, informacji, dokumentów, systemów informatycznych, urządzeń, nośników oraz innych zasobów wykorzystywanych w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy.
Świadoma/y jestem obowiązku ochrony danych osobowych, informacji poufnych oraz zasobów teleinformatycznych na zajmowanym stanowisku lub w związku z realizacją umowy łączącej mnie z Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy.

W szczególności zobowiązuję się do:

1. zachowania w tajemnicy danych osobowych, informacji poufnych, informacji organizacyjnych, technicznych, medycznych, służbowych oraz innych informacji, z którymi zapoznałam/em się w związku z wykonywaniem obowiązków, zarówno w czasie trwania zatrudnienia, współpracy lub umowy, jak i po ich ustaniu;
2. przetwarzania danych osobowych wyłącznie w zakresie posiadanego upoważnienia, powierzonych obowiązków oraz zgodnie z celem, w jakim dane zostały udostępnione;
3. niewykorzystywania danych osobowych, informacji poufnych, dokumentów, systemów, sprzętu oraz zasobów Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy do celów prywatnych, pozasłużbowych lub niezgodnych z obowiązującymi procedurami;
4. chronienia danych osobowych oraz informacji przed dostępem osób nieupoważnionych, przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utratą, modyfikacją, ujawnieniem, udostępnieniem lub nieuprawnionym dostępem;
5. zabezpieczania dokumentów papierowych, nośników danych, sprzętu służbowego, urządzeń medycznych, urządzeń mobilnych oraz stanowiska pracy przed dostępem osób nieupoważnionych;

6. stosowania zasady czystego biurka i czystego ekranu, w szczególności zabezpieczania dokumentów, wydruków, notatek, identyfikatorów, kluczy, kart dostępu oraz blokowania komputera przy każdorazowym odejściu od stanowiska pracy;
7. zachowania w tajemnicy loginów, haseł, kodów, tokenów, kart dostępowych, danych uwierzytelniających oraz innych mechanizmów dostępu do systemów informatycznych, urządzeń medycznych, pomieszczeń i zasobów Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy;
8. nieudostępniania haseł, kont użytkownika, kart dostępu, identyfikatorów ani innych środków uwierzytelniania innym osobom, w tym współpracownikom, przełożonym, osobom trzecim ani osobom podającym się za przedstawicieli pomocy technicznej;
9. stosowania zasad bezpiecznego korzystania z poczty elektronicznej, Internetu, komunikatorów, systemów informatycznych oraz innych narzędzi służbowych, w szczególności niewchodzenia w podejrzane linki, nieotwierania podejrzanych załączników oraz nieodpowiadania na wiadomości mogące stanowić próbę phishingu, wyłudzenia danych lub ataku socjotechnicznego;
10. nieinstalowania samodzielnie oprogramowania, aplikacji, dodatków, rozszerzeń, narzędzi internetowych ani innych programów na sprzęcie służbowym bez zgody lub udziału osób uprawnionych;
11. korzystania wyłącznie z legalnego, zatwierdzonego i dopuszczonego do użytku oprogramowania oraz sprzętu służbowego, zgodnie z zasadami obowiązującymi w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy;
12. niepodłączania prywatnych lub nieznanych nośników danych, takich jak pendrive, dyski zewnętrzne, karty pamięci, telefony lub inne urządzenia, do sprzętu służbowego bez zgody lub zgodnie z zasadami obowiązującymi w jednostce;
13. niewykorzystywania prywatnych skrzynek e-mail, prywatnych komunikatorów, prywatnych dysków chmurowych ani prywatnych urządzeń do przetwarzania danych osobowych lub informacji służbowych, chyba że zostało to wyraźnie dopuszczone przez obowiązujące procedury;
14. zachowania szczególnej ostrożności przy wysyłaniu wiadomości e-mail zawierających dane osobowe lub informacje poufne, w szczególności poprzez sprawdzenie adresata, zakresu danych, załączników oraz zasadności przekazania informacji;
15. stosowania zasad minimalizacji danych, tj. przetwarzania i udostępniania wyłącznie takich danych osobowych oraz informacji, które są niezbędne do realizacji konkretnego celu służbowego;
16. nieprzekazywania danych osobowych ani informacji poufnych osobom nieupoważnionym, w tym telefonicznie, mailowo, ustnie lub za pośrednictwem komunikatorów, bez uprzedniego upewnienia się co do tożsamości osoby oraz podstawy udostępnienia informacji;
17. zachowania szczególnej ostrożności wobec prób manipulacji, podszywania się pod pracowników, przełożonych, informatyków, kontrahentów, pacjentów, członków rodzin, kurierów, serwisantów, przedstawicieli instytucji lub innych osób próbujących uzyskać dostęp do danych, dokumentów, pomieszczeń lub systemów;
18. niezwłocznego zgłaszania Inspektorowi Ochrony Danych, przełożonemu, administratorowi systemu lub innej wyznaczonej osobie każdego podejrzenia naruszenia ochrony danych osobowych, naruszenia bezpieczeństwa informacji lub incydentu cyberbezpieczeństwa;
19. niezwłocznego zgłaszania w szczególności takich zdarzeń jak: utrata dokumentów, wysłanie danych do niewłaściwego odbiorcy, ujawnienie danych osobie nieupoważnionej, zagubienie sprzętu lub nośnika, podejrzana wiadomość e-mail, podejrzany SMS, infekcja urządzenia, nietypowe działanie systemu, próba wyłudzenia hasła, nieuprawniony dostęp do pomieszczeń lub systemów, naruszenie zabezpieczeń fizycznych albo technicznych;
20. niepodejmowania samodzielnych działań mogących utrudnić wyjaśnienie incydentu, w szczególności nieusuwania wiadomości, plików, dokumentów, logów, śladów działania

systemu ani innych informacji mogących mieć znaczenie dla analizy zdarzenia, chyba że polecenie takie wyda osoba uprawniona;

21. współpracy z Inspektorem Ochrony Danych, administratorem systemów informatycznych, przełożonymi oraz innymi osobami odpowiedzialnymi za ochronę danych osobowych, bezpieczeństwo informacji i cyberbezpieczeństwo;
22. przestrzegania zasad bezpieczeństwa fizycznego, w szczególności niedopuszczania osób nieuprawnionych do pomieszczeń, dokumentacji, sprzętu, systemów, urządzeń medycznych, nośników danych oraz innych zasobów Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy;
23. zabezpieczania i niszczenia dokumentów zawierających dane osobowe lub informacje poufne wyłącznie w sposób zgodny z obowiązującymi procedurami, uniemożliwiający ich odczytanie, odtworzenie lub ponowne wykorzystanie;
24. dbałości o ciągłość, bezpieczeństwo i prawidłowe działanie powierzonych systemów, urządzeń, sprzętu IT, urządzeń medycznych oraz innych narzędzi wykorzystywanych przy wykonywaniu obowiązków;
25. stosowania środków ostrożności wynikających z zasad cyberhigieny, w szczególności ochrony haseł, ostrożności wobec podejrzanych wiadomości, zgłaszania nietypowych zdarzeń, niewykorzystywania nieautoryzowanych narzędzi oraz postępowania zgodnie z instrukcjami bezpieczeństwa;
26. przestrzegania zasad zarządzania ryzykiem w cyberbezpieczeństwie obowiązujących w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy, w tym zasad dotyczących bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych, ochrony informacji, reagowania na incydenty, ciągłości działania oraz bezpieczeństwa dostawców i usług zewnętrznych w zakresie dotyczącym wykonywanych przeze mnie obowiązków;
27. udziału w wymaganych szkoleniach z zakresu ochrony danych osobowych, bezpieczeństwa informacji i cyberbezpieczeństwa oraz stosowania wiedzy uzyskanej podczas tych szkoleń w codziennej pracy;
28. przestrzegania poleceń, instrukcji i komunikatów bezpieczeństwa wydawanych przez osoby odpowiedzialne za ochronę danych osobowych, bezpieczeństwo informacji, cyberbezpieczeństwo oraz zarządzanie systemami informatycznymi w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż naruszenie zasad ochrony danych osobowych, poufności, bezpieczeństwa informacji lub cyberbezpieczeństwa może skutkować odpowiedzialnością przewidzianą w przepisach prawa, regulaminach wewnętrznych, umowie, przepisach prawa pracy oraz innych właściwych regulacjach.
Oświadczam również, że zobowiązuję się do niezwłocznego zgłaszania wszelkich wątpliwości dotyczących dopuszczalności przetwarzania danych osobowych, udostępniania informacji, korzystania z systemów, sprzętu lub dokumentów właściwemu przełożonemu, Inspektorowi Ochrony Danych, administratorowi systemu albo innej osobie wskazanej w procedurach Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy.

.....
Data i czytelny podpis IOD

.....
Data i czytelny podpis Upoważnionego

Załącznik nr 7

Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych

Działając na podstawie art. 29 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady /UE/ 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanego dalej **RODO**, jako Administrator danych osobowych,

upoważniam

Panią / Pana:

.....

zatrudnioną/ego / współpracującą/ego na stanowisku:

.....

w komórce organizacyjnej / oddziale / zakładzie leczniczym:

.....

do przetwarzania danych osobowych w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy, zwanym dalej **DWOMP**, w zakresie niezbędnym do wykonywania powierzonych obowiązków służbowych / zadań wynikających z zawartej umowy.

Zakres upoważnienia obejmuje kategorie danych osobowych, kategorie osób, których dane dotyczą, dokumentację / zbiory danych / obszary przetwarzania, czynności przetwarzania, systemy, moduły, konta, zasoby informatyczne oraz pomieszczenia wskazane w zaakceptowanym:

Wniosku o nadanie / zmianę / odebranie uprawnień do przetwarzania danych osobowych

nr:.....

z dnia: .....

Upoważnienie obejmuje wyłącznie czynności przetwarzania danych osobowych wskazane we wniosku i niezbędne do wykonywania powierzonych zadań.

Osoba upoważniona jest zobowiązana do przetwarzania danych osobowych zgodnie z przepisami prawa, obowiązującymi w DWOMP procedurami i instrukcjami, zakresem niniejszego upoważnienia oraz zaakceptowanym wnioskiem.

Osoba upoważniona jest zobowiązana do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia, zarówno w czasie trwania zatrudnienia / współpracy, jak i po jego ustaniu.

Upoważnienie obowiązuje od dnia:.....

i wygasa z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy, umowy albo innej podstawy współpracy, cofnięcia upoważnienia, zmiany zakresu obowiązków skutkującej brakiem podstawy do dalszego przetwarzania danych albo zaprzestania wykonywania zadań wymagających przetwarzania danych osobowych.

Numer upoważnienia: .....

Data nadania upoważnienia: .....

Podpis Administratora:.....

Załącznik nr 10

RACHUNEK DO UMOWY-ZLECENIA za m-c .....

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:.....

Dla **Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy-CMJ Poradnia POZ**
ul. Joannitów 10-12; 50-525 Wrocław,

zgodnie z § 1 umowy nr ..... z dnia .....

należna **kwota całkowita:** .....

słownie: .....

podpis Przyjmującego Zamówienie: .....

ROZLICZENIE

		Pracę wykonano i przyjęto
1. **Kwota całkowita**	----------	---------- ----------
		data podpis
2. Koszty uzyskania	----------	Sprawdzono pod względem merytorycznym
3. Kwota do opodatkowania (1-2)	----------	---------- ----------
		data podpis
4. Podatek dochodowy	----------	Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym
5. Składka ZUS	----------	---------- ----------
		data podpis
6. Do wypłaty (1-4-5)	----------	Akceptuję do wypłaty kwotę :
		zł---------- gr----------
		słownie:----------

		---------- ----------
		data podpis

Ja, niżej podpisany ....., oświadczam, że informacje złożone w dniu zawarcia umowy w oświadczeniu Przyjmującego Zamówienie o posiadanych tytułach do ubezpieczenia, w okresie rozliczeniowym, tj. miesiącu ..... roku ....., nie uległy zmianie.

Data, podpis Przyjmującego Zamówienie

.....

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O wszystkich zmianach dotyczących informacji podanych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Udzielającego Zamówienie w terminie 5 dni od daty ich zaistnienia.

Data, podpis Przyjmującego Zamówienie

.....

Załącznik nr 11

Oświadczenie dla celów ubezpieczeniowych i podatkowych

(sposób wypełnienia: **ręcznie** – wypełniamy DRUKOWANYMI literami, czytelnie, **elektronicznie** – nie zapominamy o odręcznym podpisie)

1. Dane osobowe

Nazwisko .....
Imiona 1 ..... 2. .....
Data i miejsce urodzenia .....
Obywatelstwo .....
Nr karty stałego pobytu/nr paszportu (dla obcokrajowców): .....
Identyfikator podatkowy (PESEL lub NIP - wskazać właściwy):

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ (Nr PESEL) __ __ __ - __ __ __ - __ __ - __ __ (NIP)

Nr telefonu. .....
Adres e-mail:.....

2. Miejsce zamieszkania**

Województwo. .....Powiat .....
Gmina/Dzielnica .....
Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....
Kod pocztowy __ __ - __ __ __ , Poczta .....
Miejscowość .....
Urząd Skarbowy w ..... ul. ..... Nr ....
Adres do korespondencji (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania):

Województwo. .....Powiat .....
Gmina/Dzielnica .....
Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....
Kod pocztowy __ __ - __ __ __ Miejscowość .....

3. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

3.1 Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (jeśli DOTYCZY właściwe zakreślić znakiem X) :

- ☐ stosunku pracy
- ☐ członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych
- ☐ Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
- ☐ stosunku służby w WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW, SC
- ☐ wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy
- ☐ prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko
- ☐ wykonywania pracy nakładczej
- ☐ urlopu macierzyńskiego
- ☐ urlopu wychowawczego
- ☐ z innego tytułu (określić tytuł) .....

Oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest od kwoty wynagrodzenia minimalnego*:

☐ niższa ☐ równa ☐ wyższa

3.2 Oświadczam, iż jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem 26 lat *
Podać nr leg. studenckiej i nazwę uczelni. .....

3.3. Oświadczam, iż nie jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego tytułu*.

.....

3.4 Oświadczam, iż jestem*:

emerytem ☐ tak ☐nie

rencistą ☐ tak ☐nie

Jeżeli wpisano TAK podać nr renty/emerytury*, Oddział ZUS – u .....

3.5 Oświadczam, iż posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*.

☐tak ☐ nie

Jeśli wpisano TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności. .....

4. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia. .....

5. Oświadczenie dla powiatowego urzędu pracy

Oświadczam, iż POZOSTAJĘ/NIE POZOSTAJĘ* w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w .....

6. Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia społecznego/chorobowego WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem:

☐ emerytalnym i rentowym

☐ chorobowym

7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie wynagrodzenia z tytułu zawartej umowy zlecenia na niżej podane konto bankowe:

nazwa banku.....

nr konta: ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcę o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....

(data i czytelny podpis Zleceniobiorcy)

Pracownikiem..... który potwierdza wykonanie czynności w ramach zawartej umowy zlecenia

jest***.....

(imię i nazwisko pracownika, stanowisko, jednostka organizacyjna, nr telefonu)

Objaśnienia:

*) zaznacz/ zaznacz właściwe

**) wpisuje się miejsce stałego lub czasowego - nie krótszego niż dwa miesiące - zamieszkania

***) osoba potwierdzająca wykonanie czynności w ramach zawartej umowy zlecenia nie zawsze jest tożsama z osobą, która zawiera umowę zlecenia w imieniu .....

Załącznik nr 9

Ewidencja godzin

Imię i nazwisko.....

Komórka organizacyjna/Poradnia	Data	Godziny od – do	Liczba godzin	Stawka godzinowa	Suma końcowa

Data, podpis Zleceniobiorcy .....