

UMOWA - ZLECENIE Nr

zawarta w dniu pomiędzy Uniwersytetem w Siedlcach
z siedzibą w Siedlcach (08-110), przy ul. Konarskiego 2, NIP: 821-001-44-90, REGON: 000001471, zwanym dalej
Zleceniodawcą, na rzecz którego działają:

.....
a Panem/Panią PESEL
zamieszkałym(a)
zatrudnionym(a)* w
dla którego(-ej) właściwym urzędem skarbowym jest (nazwa i adres)
.....
zwanym dalej **Zleceniobiorcą**

§ 1

W ramach niniejszej umowy Zleceniodawca powierza Zleceniobiorcy, a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania:

.....
.....
.....

§ 2

1. Termin wykonania zlecenia ustala się od dnia do dnia
2. W przypadku niemożności rozpoczęcia wykonania, kontynuacji lub zakończenia zlecenia, Zleceniobiorca jest zobowiązany do natychmiastowego poinformowania o tym Zleceniodawcę.
3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2, Zleceniodawca ma prawo według własnego uznania:
 - 1) odstąpić od umowy;
 - 2) powierzyć częściowe wykonanie zlecenia innej osobie;
 - 3) zmienić termin wykonania zlecenia.

§ 3

Zlecenie powyższe powinno być wykonane osobiście przez Zleceniobiorcę.

§ 4

1. Wynagrodzenie za wykonanie zlecenia ustala się na kwotę zł, słownie:
....., według stawki
godzinowej zł/godzinę, słownie/godzinę.
2. Wynagrodzenie wypłacane jest w okresach miesięcznych, na podstawie wystawionego przez Zleceniobiorcę rachunku oraz zestawienia liczby godzin wykonywania zlecenia i potwierdzeniu, że zlecenie zostało wykonane w całości lub w części zgodnie z umową i odebrane przez Zleceniodawcę.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się, że rachunek będzie przedstawiał Zleceniodawcy najpóźniej w terminie 5 dni od dnia wykonania umowy, a jeżeli umowa trwa dłużej niż jeden miesiąc – w terminie do 7-go dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wykonywał usługi w ramach umowy zlecenia.
4. Wynagrodzenie płatne jest, na wskazany przez Zleceniobiorcę rachunek bankowy, w terminie 21 dni od dnia odebrania zlecenia w całości lub w części przez Zleceniodawcę.

§ 5

1. Strony umowy ustalają, że liczba godzin wykonywania usługi w ramach zawartej umowy zlecenia nie będzie większa niż godzin.
2. Przekroczenie ustalonej liczby godzin wykonywania zlecenia, o której mowa w ust. 1 jest możliwe wyłącznie za zgodą Zleceniodawcy, wyrażoną na piśmie.
3. Liczba godzin określona w ust. 1 obejmuje wyłącznie czas wykonywania usługi, która jest przedmiotem niniejszej umowy.

§ 6

1. Strony umowy ustalają, że liczba godzin wykonywania zlecenia będzie potwierdzana z uwzględnieniem:
 - a) zestawienia obejmującego liczbę godzin wykonywania usługi w danym dniu w ujęciu miesięcznym, sporządzonego przez Zleceniobiorcę i zatwierdzonego przez Zleceniodawcę*;
 - b) rozkładu zajęć dydaktycznych*;
 - c)

(inny sposób potwierdzania liczby godzin wykonywania zlecenia)
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przedstawienia razem z rachunkiem zestawienia liczby godzin wykonywania zlecenia w miesiącu, za który wystawiany jest rachunek. Obowiązek powyższy stosuje się odpowiednio w przypadku zastosowania innego sposobu potwierdzania liczby godzin wykonywania zlecenia.

§ 7

Należność płatna ze środków

§ 8

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się złożyć oświadczenie, stanowiące załącznik do niniejszej umowy, dotyczące obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz informować o wszelkich zmianach w tym zakresie w terminie 7 dni od dnia zaistnienia zmiany.
2. Podanie błędnej lub nieprawdziwej informacji w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 1 skutkuje odpowiedzialnością prawną Zleceniobiorcy wobec Zleceniodawcy. W szczególności Zleceniodawca może żądać zwrotu opłaconych kwot składek na ubezpieczenie społeczne, do których zapłaty nie byłby zobowiązany gdyby Zleceniobiorca prawidłowo wypełnił oświadczenie.
3. W przypadku wykonania zlecenia, o którym mowa w § 1, przed terminem zakończenia wykonania zlecenia, o którym mowa w § 2 ust. 1, niniejsza umowa ulega rozwiązaniu w dniu odebrania zlecenia. Za dzień odebrania zlecenia uważa się dzień zatwierdzenia przedłożonego przez Zleceniobiorcę rachunku.
4. Rozwiązanie umowy stanowi podstawę do wyrejestrowania Zleceniobiorcy z ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 9

1. Administratorem danych osobowych Zleceniobiorcy jest Uniwersytet w Siedlcach, ul. Konarskiego 2, 08-110 Siedlce.
2. Dane osobowe Zleceniobiorcy będą przetwarzane w celach związanych z zawarciem i realizacją niniejszej umowy oraz dochodzeniem ewentualnych roszczeń z nią związanych. Podanie tych danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i realizacji umowy.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że został zapoznany z informacją wynikającą z art. 13 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 (RODO). Szczegóły odnośnie podstaw i zasad przetwarzania danych osobowych Zleceniodawca udostępnia na stronie internetowej Uniwersytetu, pod adresem <https://www.uws.edu.pl/pracownicy/druki-firmowe/druki-dzialu-spraw-pracowniczych> w załączniku zatytułowanym: „Klauzula informacyjna dla osób wykonujących pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej w UwS” lub u Inspektora Ochrony Danych Osobowych UwS (kontakt z inspektorem pod adresem: iod@uws.edu.pl), a Zleceniobiorca oświadcza, że zapoznał się z treścią tej klauzuli.

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszelkie zmiany niniejszej umowy dla swej ważności wymagają zachowania formy pisemnej w postaci aneksu.
3. Wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego dla siedziby Zleceniodawcy.
4. Niniejszą umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

.....
Zleceniodawca

.....
Zleceniobiorca

.....
kierownik tematu badawczego
(grantu, statutowego, własnego)*

.....
kierownik jednostki organizacyjnej,
studiów podyplomowych lub kursów doszkalających

.....
Dział Spraw Pracowniczych

OŚWIADCZENIE

Osoby wykonującej pracę na podstawie umowy-zlecenia
(wypełnić drukowanymi literami)

Oświadczam, że:

1. Pozostaję w stosunku pracy: **tak/nie*** (jeśli tak, należy podać nazwę i adres zakładu pracy).
.....
2. **Osiągam/nie osiągam** w ramach stosunku pracy minimalne wynagrodzenie obowiązujące w danym roku kalendarzowym.
3. Pozostaje w stosunku służby jako funkcjonariusz Służby Celnej: **tak/nie***
i podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z tytułu służby **jest/nie jest***
równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę.
4. **Jestem/nie jestem*** emerytem, **jestem/nie jestem*** rencistą.
5. Prowadzę działalność gospodarczą: **tak/nie*** (jeśli tak, należy wybrać właściwy pkt)
 - prowadzę własną działalność gospodarczą, z tytułu której podlegam ubezpieczeniom społecznym i opłacam składki ZUS od podstawy wynoszącej nie mniej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w danym roku kalendarzowym
 - prowadzę własną działalność gospodarczą, z tytułu której podlegam ubezpieczeniom społecznym i opłacam składki społeczne od podstawy preferencyjnej wynoszącej 30% wynagrodzenia minimalnego w danym roku kalendarzowym
 - prowadzę własną działalność gospodarczą, z tytułu której korzystam z ulgi na start i preferencyjnych składek
 - prowadzę własną działalność gospodarczą, z tytułu której odprowadzam wyłącznie składkę zdrowotną
6. Oprócz zawieranej umowy-zlecenia **mam/nie mam*** zawartą umowę-zlecenia z innym zleceniodawcą (jeśli tak, należy wybrać właściwy pkt)
 - wykonuję umowę/umowy zlecenia w innym zakładzie, z tytułu której podlegam ubezpieczeniom społecznym, a uzyskiwana w miesiącu podstawa składek społecznych wynosi łącznie co najmniej obowiązujące obecnie minimalne wynagrodzenie
 - wykonuję umowę/umowy zlecenia w innym zakładzie, z tytułu której podlegam ubezpieczeniom społecznym, a uzyskiwana w miesiącu podstawa składek społecznych wynosi łącznie mniej niż obowiązujące obecnie minimalne wynagrodzenie
7. **Pozostaję/nie pozostaję*** w stosunku służby (tj. żołnierze zawodowi, funkcjonariusze Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Biura Ochrony Rządu).
8. **Jestem/nie jestem*** członkiem Rady Nadzorczej.
9. **Posiadam/nie posiadam*** inny tytuł do ubezpieczenia społecznego lub ubezpieczenia zdrowotnego: (np. żołnierz niezawodowy, rolnik, duchowny, świadczenie socjalne, zasiłek socjalny)
.....
.....
10. **Wykonuję/nie wykonuję*** zawód sędziego/prokuratora*.
11. Jestem na urlopie wychowawczym: **tak/nie*** (jeśli tak, należy podać okres urlopu)
.....
12. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem: **tak/nie*** (jeśli tak, należy podać nazwę szkoły/uczelni oraz przedstawić odpowiednie zaświadczenie).
.....
13. **Posiadam/nie posiadam*** orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli tak, należy podać stopień niepełnosprawności oraz przedłożyć odpowiednie orzeczenie)
.....
14. **Wnoszę/nie wnoszę*** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (*Zleceniobiorca zostanie zgłoszony do ubezpieczenia chorobowego tylko w przypadku obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym*)
15. **Wnoszę/nie wnoszę*** o objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi

* niepotrzebne skreślić

DANE OSOBY ZGŁASZANEJ

1. Nazwisko:.....
2. Nazwisko rodowe (jeśli była dokonywana zmiana nazwiska):.....
3. Imię pierwsze:.....
4. Imię drugie:.....
5. PESEL:.....
6. NIP (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą):
7. Numer paszportu (w przypadku cudzoziemców):.....
8. Obywatelstwo:.....
9. Województwo:.....
10. Powiat:.....
11. Kod pocztowy:.....
12. Miejscowość:.....
13. Gmina:.....
14. Ulica:.....
15. Numer domu/mieszkania:.....
16. Urząd Skarbowy:.....
17. Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....
18. Telefon kontaktowy:.....
19. E-mail
20. Tytuł zawodowy/stopień lub tytuł naukowy:

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż na podany wyżej adres e-mail zostanie przesłana informacja PIT-11 za rok podatkowy.

Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się o wszelkich zmianach powiadomić płatnika na piśmie w terminie 7 dni od ich wystąpienia.

W przypadku podania błędnych lub nieprawdziwych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek, zobowiązuje się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

.....
miejscowość i data

.....
podpis czytelny