|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANE IDENTYFIKACYJNE DO ZAWARCIA I WYKONYWANIA UMOWY ZLECENIA/UMOWY O DZIEŁO | | |
| NAZWISKO: |  |  | |
| IMIĘ: |  |  | |
| DRUGIE IMIĘ: |  |  | |
| NR DOWODU/NR Paszportu  (niepotrzebne skreślić): |  |  | |
| **IDENTYFIKATOR PODATKOWY –** **PODAĆ WYŁĄCZNIE JEDEN**  **PESEL:**  (podajemy w przypadku podatników będących osobami fizycznymi objętymi rejestrem PESEL- nieprowadzących działalności gospodarczej lub niebędących zarejestrowanymi podatnikami podatków od towarów i usług):  **NIP:**  (w przypadku pozostałych podmiotów podlegających obowiązkowi ewidencyjnemu) | | |
| DATA URODZENIA |  |  | |
| MIEJSCE URODZENIA: |  |  | |
| NAZWISKO RODOWE: |  |  | |
| IMIĘ OJCA: |  |  | |
| IMIĘ MATKI: |  |  | |
| OBYWATELSTWO: |  |  | |
| ADRES ZAMELDOWANIA (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy): | |  | |
| MIEJSCOWOŚĆ: |  |  | |
| NR TELEFONU: |  |  | |
| ADRES ZAM./KORESPONDENCYJNY\* /jw. |  |  | |
| INNE DANE | |  | |
| DANE PODATKOWE I UBEZPIECZENIOWE URZĄD SKARBOWY, KTÓREMU PANI/PAN PODLEGA(NAZWA ADRES): |  |  | |
| Oddział NFZ |  | |
| DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA | | |
| Pozostaje w stosunku pracy z KUL | Tak Nie | |
| Emeryt lub rencista– proszę podać nr emerytury lub renty | Tak Nie  Nr emerytury/renty ..................................................................... | |
| Emeryt lub rencista – pracownik KUL - proszę podać nr emerytury lub renty | Tak Nie  Nr emerytury/renty ...................................................................... | |
| Umowa cywilno-prawna z innym pracodawcą – czy osiąga minimalny przychód | Tak Nie | |
| Pozostaje w stosunku pracy z innym pracodawcą- adres i miejsce pracy | Tak Nie | |
| Student | Tak Nie | |
| Doktorant | Tak Nie | |
| Bezrobotny ( nie zarejestrowany w UP, bez żadnych świadczeń, etc.) . | Tak Nie | |
| Inny (podać jaki) |  | |
| NAZWA I ADRES BANKU |  | |
| NUMER KONTA BANKOWEGO |  | |
| UWAGI |  | |
| **Oświadczam, że podane dane są prawdziwe**  Data i czytelny podpis | | |

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1:

1. Administratorem danych przetwarzanych w związku z zawarciem umowy cywilnoprawnej

jest Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II (adres: Al. Racławickie 14, 20 – 950

Lublin, adres e-mail: kul@kul.pl, numer telefonu: 81 445 41 01), reprezentowany przez

Rektora.

2. Na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II powołany został inspektor ochrony

danych (dane kontaktowe: adres e-mail: **iod@kul.pl**, numer telefonu: **81 445 32 30**).

3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy cywilnoprawnej.

4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z

uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych.

5 Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. b) ww. Rozporządzenia.

6. Dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom.

7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

- żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania lub ograniczenia

przetwarzania danych osobowych.

- wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy cywilnoprawnej. Osoba, której

dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Konsekwencją niepodania danych osobowych

jest brak możliwości zawarcia umowy.

**Zapoznałam/-em się z treścią powyższego.**

………………………………………………

(data, podpis)

**OKREŚLENIE ZAKRESU PRZEDMIOTU UMOWY CYWILNO-PRAWNEJ**(wypełnia dysponent środków finansowych)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące wykonawcy/osoby upoważnionej do odbioru umowy**)\* | | |
| Nazwisko |  | |
| Imię |  | |
| **Dane dotyczące umowy** | | |
| Rodzaj umowy | | Umowa licencyjna/ umowa o dzieło bez przeniesienia praw autorskich/ umowa o dzieło z przeniesieniem praw autorskich/ umowa zlecenie |
| Przedmiot umowy | |  |
| Termin wykonania | | od ……………….. do……………. |
| Kwota wynagrodzenia brutto  **(kwotę należy wpisać w części „Warunki finansowe”umowy)** | |  |
| Koszt ZUS-u finansowanego z tematu/projektu (aktualna stawka ZUS)\*\*  *(dotyczy umów objętych obowiązkiem zus-u)*  **(kwoty nie wpisywać do umowy)** | |  |
| Nazwa i kod centrum budżetowego (SWIF) | |  |
| Uwagi | |  |

Oświadczam, że zapoznałem się z możliwością finansowania w/w umowy z funduszy obsługiwanych przez Dział Krajowych Projektów Naukowych i Działalności Statutowej

Podpis dysponenta środków finansowych

)\*Określenie zakresu umowy jest potrzebne w celu przygotowania jej w systemie S4A

)\*\* stawka w 2017 19,83%