

|                                                                             |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| WNIOSKODAWCA: (imię i nazwisko lub nazwa firmy/przedsiębiorcy)              |                               |
| ADRES ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY (np. ulica, osiedle, miejscowość, kod pocztowy) |                               |
| ADRES DO KORESPONDENCJI: (jeśli jest inny niż powyżej)                      |                               |
| ADRES E-MAIL (nie jest wymagany)                                            |                               |
| TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny i/lub komórkowy, nie jest wymagany)         | znak sprawy (nadaje urzędnik) |
| NIP (jeśli wnioskodawcą jest firma)                                         |                               |

| DRUK    | OŚWIADCZENIE O BRAKU ZALEGŁOŚCI PODATKOWYCH I ZALEGŁOŚCI W PŁACENIU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE LUB SPOŁECZNE | DO PROCEDURY |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| rs.2.02 |                                                                                                                      | RS.II        |

Oświadczam(y), że:

- |                                                                                                          |                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> posiadam zaległości podatkowe                                                   | <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości podatkowych                                                 |
| <input type="checkbox"/> posiadam zaległości w płaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne | <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w płaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne |

**"Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia."**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (dalej ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dziennik Urzędowy UE, L 119/1 z 4 maja 2016 r. Wójt Gminy Przemęt jako Administrator danych osobowych Urzędu Gminy Przemęt podaje następujące informacje:

- Administrator Pani/Pana danych:** Wójt Gminy Przemęt z siedzibą w Urzędzie Gminy Przemęt, ul. Jagiellońska 8, 64-234 Przemęt, dane kontaktowe: [urząd@przemet.pl](mailto:urząd@przemet.pl), 65 549 60 71, 65 615 69 49.
- Inspektor Ochrony Danych:** we wszelkich sprawach związanych z ochroną danych możesz kontaktować się pod adresem: [iod@przemet.pl](mailto:iod@przemet.pl) oraz nr telefonów: 728706901, 667941610
- Cele przetwarzania | podstawa prawna**
  - Wydanie zezwolenia na wykonywanie działalności w zakresie opróżniania zbiorników bezodpływowych i transportu nieczystości ciekłych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku



- 
- prawnego ciążącego na administratorze w zw. art. 7 ust. 1 pkt. 2 i ust. 6 oraz art. 9 ustawy z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach.
- b) Archiwizacja danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w zw. z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
4. **Okres przechowywania:** dane przechowywane będą zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.
5. **Odbiorcy danych:**  
Podmioty z którymi administrator zawarł umowy powierzenia.
6. **Przysługujące Pani/Panu prawa:**
- Prawo żądania dostępu do danych
  - Prawo żądania sprostowania danych
  - Prawo żądania usunięcia danych
  - Prawo żądania ograniczenia przetwarzania
  - Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa
7. **Obowiązek podania danych:** Podanie danych wynika z przepisów prawa i jest niezbędne do wydania zezwolenia. Podanie danych niewynikających z przepisów prawa takich jak numer telefonu, adres e-mail jest dobrowolne.
8. **Informacja o możliwości wycofania zgody:** w przypadku danych podanych dobrowolnie przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

---

*(podpis przedsiębiorcy lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania przedsiębiorcy ze wskazaniem  
imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji)*

Aktualizacja: 10 października 2025 r., F-7

---

 ul. Jagiellońska 8  
64-234 Przemęt

 Tel. (65) 615 69 66

 Fax. (65) 615 69 67

 Mail. [urząd@przemet.pl](mailto:urząd@przemet.pl)

 Web. [www.przemet.pl](http://www.przemet.pl)

**Godziny pracy Urzędu:**

- Poniedziałek – Piątek 7:30 – 15:30

**Dyżury wójta:** Środa 14:00 – 16:00  
/po wcześniejszym uzgodnieniu terminu/

Numer konta Gminy Przemęt:  
**83 8669 0001 0042 0000 2000 0038**  
Bank Spółdzielczy Wschowa o/Przemęt  
**Gmina Przemęt – NIP 923-16-51-446**  
**Gmina Przemęt - REGON 411050793**