

**UMOWA Nr .....** zawarta dnia .....

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA, NADZORU I  
CZYNNOŚCI POMOCNICZYCH ZWIĄZANYCH  
Z REALIZACJĄ W PRAKTYKI**

pomiędzy:

**Akademią Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej z siedzibą w Warszawie (02-353)**  
przy ul. Szczęśliwickiej 40, NIP: 5250005840, reprezentowaną przez **Uczelnianego Koordynatora Praktyk dr Ewę Dąbrowę**  
zwaną dalej Zleceniodawcą,

**a**

Opiekunem praktyki: .....  
(nazwisko i imię)

Miejsce zamieszkania .....

.....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

Telefon kontaktowy: .....

PESEL:

Urząd Skarbowy - nazwa: .....

1. Umowa niniejsza dotyczy świadczenia usług w zakresie przygotowania, nadzoru i czynności pomocniczych związanych z realizacją praktyki n/w studentów **II roku** studiów stacjonarnych **jednolitych magisterskich** kierunku: **pedagogika specjalna** w okresie realizacji praktyki obejmującej **30 godzin**.

w: .....  
(nazwa i adres placówki, w której odbywa się praktyka)

Nazwiska studentów: .....

2. Termin praktyki określa się na okres od dnia   -   -    do dnia   -   -    poza siedzibą lub lokalem Akademii.

3. W związku z pełnieniem funkcji opiekuna praktyk studenckich powierza się Opiekunowi w okresie wskazanym w punkcie 2, wykonanie następujących usług: przygotowanie planu praktyki, zapoznanie praktykanta z placówką, omówienie realizowanych przez praktykanta zadań podczas realizacji praktyk, podsumowanie praktyki w wymiarze.

- a) 4 godz. – w przypadku realizacji przez jednego studenta praktyki obejmującej 20 godzin;
- b) 5 godz. – w przypadku realizacji przez jednego studenta praktyki obejmującej powyżej 21 do 40 godz.;
- c) 6 godz. – w przypadku realizacji przez jednego studenta praktyki obejmującej powyżej 40 godz.

4. Wynagrodzenie łączne brutto obliczone zostanie zgodnie z wzorem:

Kwota brutto ..... zł (z podpunktu a,b,lub c) x ..... liczba studentów odbywających praktykę w określonym wymiarze =  
..... łączna kwota brutto wynagrodzenia za świadczenie usług.

Stawki za realizację usług, o których mowa w ust. 3, na podstawie aktualnie obowiązującego Zarządzenia Rektora APS w sprawie należności i opłat związanych z realizacją praktyk studenckich wynoszą:

- a) **80 zł brutto** za opiekę w wymiarze 4 godz. – w przypadku realizacji przez jednego studenta praktyki obejmującej 20 godzin;
- b) **100 zł brutto** za opiekę w wymiarze 5 godz. – w przypadku realizacji przez jednego studenta praktyki obejmującej powyżej 21 do 40 godz.;
- c) **120 zł brutto** za opiekę w wymiarze 6 godz. – w przypadku realizacji przez jednego studenta praktyki obejmującej powyżej 40 godz.

5. Wynagrodzenie płatne będzie ze środków dydaktycznych, St. kosztów 500-04-F001-1.

6. Wynagrodzenie będzie płatne po wykonaniu usług określonych w ust. 3 i zakończeniu praktyk, oraz po przedstawieniu rachunku przez Zleceniobiorcę, ze wskazaniem liczby godzin wykonania zlecenia.

7. Wynagrodzenie będzie płatne w terminie 21 dni od dnia przedstawienia rachunku, na konto bankowe wskazane w rachunku, z zastrzeżeniem ust.6.

8. W sprawach nieunormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

.....  
(podpis Opiekuna)

.....  
(Kwestor)

.....  
(podpis Zleceniodawcy)

Nazwisko ..... Imiona 1. .... 2. ....

Data urodzenia ..... PESEL: ..... Oddział NFZ: .....

**Adres zamieszkania:**

Województwo ..... Gmina ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu/mieszkania .....

I. Ja niżej podpisany(a) na podstawie art. 80 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 266 z późn. zm. ) oświadczam, że:

1. objęty(a) jestem obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu .....  
na czas .....<sup>1)</sup> i moje wynagrodzenie w kwocie brutto wynosi co najmniej minimalne  
wynagrodzenie/ mniej niż minimalne wynagrodzenie\*

2. Nie jestem/Jestem\* emerytem/rencistą\*

3. Nie posiadam/Posiadam\* orzeczenie o lekkim/umiarkowanym/znacznym\* stopniu niepełnosprawności.

II. Ja niżej podpisany(a) upoważniam płatnika (APS) do zgłoszenia i wyrejestrowania z **obowiązkowych** ubezpieczeń społecznych i zdrowotnego wynikających z tytułu zawartej umowy oraz oświadczam, że dane zawarte w umowie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....  
( podpis Opiekuna)

1) wskazać tytuł i czas ubezpieczenia np. umowa o pracę, umowa – zlecenie

**Pouczenie:**

W związku z obowiązkiem terminowego zgłaszania Zleceniobiorców do ZUS (na podstawie art. 36 Ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13.10.1998 r. t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 266 z późn. zm. ), prosimy o przesłanie skanu umowy wraz z oświadczeniem w ciągu 5 dni od daty zawarcia umowy do działu płac APS, na adres mailowy: [etomasik@aps.edu.pl](mailto:etomasik@aps.edu.pl) / [eszczepanska@aps.edu.pl](mailto:eszczepanska@aps.edu.pl)

\* / niepotrzebne wykreślić

**RACHUNEK**

Dla Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, za wykonanie usług w liczbie ..... godzin, zgodnie z umową zawartą dnia .....  
na kwotę ..... zł brutto (słownie: ..... zł brutto).

Wynagrodzenie proszę przesłać na moje konto.....

.....  
(data i podpis Opiekuna)

Stwierdzenie realizacji świadczeń zgodnie z warunkami umowy:

.....  
(data, podpis pracownika Biura Spraw Studenckich – sekcji praktyk)

Sprawdzono pod względem merytorycznym

.....  
(podpis Koordynatora Praktyk)

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym

Zatwierdzono na zł	.....
Koszty uzyskania, zł	.....
Ubezpieczenie zdrowotne 9 %, zł	.....
Podstawa opodatkowania, zł	.....
Podatek 17%. zł	.....
Ubezpieczenie zdrowotne 7,75 %, zł	.....
Zatwierdzono do wypłaty, zł	.....

.....  
(data i podpis)

.....  
(Kwestor)

.....  
(Kancelarz)

## INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej z siedzibą w Warszawie przy ulicy Szczęśliwickiej 40, 02-353.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pan/Pani kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych za pomocą poczty elektronicznej, pod adresem: [odo@aps.edu.pl](mailto:odo@aps.edu.pl)
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są w celu obsługi procesu zawierania umowy oraz w związku z realizacją tej umowy.
4. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz przepisów podatkowych.
5. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres obowiązywania umowy, a następnie ze względu na przepisy o ubezpieczeniach społecznych będą archiwizowane przez 10 kolejnych lat.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przekazywane Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Urzędowi Skarbowemu.
7. Ma Pan/Pani prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości zawarcia umowy.
9. Ma Pan/Pani prawo wnieść skargę do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Szczegółowe informacje, w tym dane kontaktowe znajdują się na stronie <https://uodo.gov.pl>

.....

(podpis Opiekuna)