

Źródło finansowania:	Source of financing:
Nazwisko: Imię (imiona): Data urodzenia: NR CERTYFIKATU REZYDENCJI PODATKOWEJ: Nr paszportu lub PESEL: Obywatelstwo: Województwo/gmina/dzielnica : Miejscowość (kod pocztowy): Ulica (nr domu i mieszkania): Urząd Skarbowy: <p style="text-align: center;">RACHUNEK DO UMOWY ZLECENIA nr/..... dla Uniwersytetu SWPS, ul. Chodakowska 19/31, Warszawa za:</p> Razem na zł: (słownie złotych:) <i>Oświadczam, że w miesiącu przepracowałem/am godzin.</i> Wynagrodzenie proszę wypłacić (proszę wybrać) <input type="checkbox"/> przelewem na dotychczasowy rachunek bankowy <input type="checkbox"/> przelewem na nowy rachunek bankowy: BANK I NR KONTA OŚWIADCZAM, ŻE : 1. Jestem/nie jestem* pracownikiem etatowym USWPS. 2. Jestem/nie jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę (poza USWPS) w i z tego tytułu osiągam przychód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia (od 1 stycznia 2025 r. 4666 zł). Wynagrodzenie objęte jest obowiązkowymi składkami na ubezpieczenie społeczne (emerytalne i rentowe). 3. Jestem/nie jestem objęty/a obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi (emerytalno-rentowymi) z tytułu innej umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub umowy o świadczenie usług (poza USWPS), do której stosuje się przepisy o zleceniu, z której uzyskałem/am w miesiącu 2025 r. przychód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia (od 1 stycznia 2025 r. – 4 666 zł),	SURNAME: Bernstein Darder FIRST (and middle) NAME: Andrés Silvano DATE OF BIRTH: 10/04/1984 TAX RESIDENCY CERTIFICATE NO: Passport or PESEL no. (Polish national identification no.): Citizenship: Spanish Voivodeship/district/quarter: Palma de Mallorca City/town (post code): 07610 Palma de Mallorca Street (house and apartment no.): Calle Fornalutx, N°1 Tax Office: <p style="text-align: center;">INVOICE TO A COMMISSION CONTRACT NO./..... to SWPS University, Chodakowska 19/31 Street, Warsaw for:</p> Total for PLN (gross): (in words: Polish zloty) <i>I declare that in month: I worked through hours.</i> Please send the payment through (please choose) <input type="checkbox"/> transfer into the current bank account <input type="checkbox"/> transfer into the new bank account: NAME OF THE BANK AND ACCOUNT: Swift code:BSCHESMM IBAN ES54 0049 4476 0823 9002 5352 I HEREBY DECLARE THAT: 1. I am not a full-time contractual employee of SWPS University. 2. I am employed under an employment contract (outside of SWPS University) at Universitat de les Illes Balears and as a result, I earn an income of at least the minimum wage (from January 1, 2025, 4,666 PLN). The salary is subject to mandatory social security contributions (pension and disability insurance). 3. I am not covered by mandatory social security insurance (pension and disability) under another contract of mandate, agency contract, or service contract (outside of SWPS University) that is subject to the provisions on mandate contracts, from which I earned an income of at least the minimum wage (from January 1, 2025 – 4,666 PLN) in the month of March 2025 . 4. I do not run a non-agricultural business activity (including economic activity, freelance profession, creative or artistic work, public or private school, another form of preschool education, an educational institution or a group of such institutions as defined by education system

<p>4. Prowadzę/nie prowadzę działalności pozarolniczej (gospodarczą, wolny zawód, twórczą albo artystyczną, publiczną lub niepubliczną szkołę, inną formę wychowania przedszkolnego, placówkę lub ich zespół w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, jako wspólnik spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej albo wspólnik jednoosobowej spółki z o.o.) i z tego tytułu odprowadzam co miesiąc składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach)</p> <p>5. Mam/Nie mam ustalonego prawa do emerytury/renty (numer emerytury lub renty:)</p> <p>6. Jestem/nie jestem osobą współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność.</p> <p>7. Jestem/nie jestem uczniem/studentem, który nie ukończył 26. roku życia. (Nazwa szkoły, nr legitymacji:)</p> <p>8. Przebywam/nie przebywam na urlopie: <input type="checkbox"/> macierzyńskim / <input type="checkbox"/> wychowawczym / <input type="checkbox"/> bezpłatnym w okresie od do</p> <p>9. Jestem/nie jestem zarejestrowany/a w Rejonowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna.</p> <p>10. Podlegam/nie podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników od.....</p> <p>11. Wnoszę/Nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem <input type="checkbox"/> emerytalnym i rentowym / <input type="checkbox"/> chorobowym.</p> <p>Zmieniono dane ubezpieczeniowe: TAK/NIE.</p> <p>Zobowiązuję się powiadomić Uniwersytet SWPS o każdorazowej zmianie danych oraz sytuacji zawodowej objętych treścią niniejszego oświadczenia (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, rehabilitacyjnego, zakończenie umowy o pracę itd.). Przyjmuję do wiadomości, że nieprawidłowe lub nieterminowe wypełnienie niniejszego dokumentu może spowodować nieprawidłowości w zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz opóźnić termin zapłaty. W przypadku podania błędnych danych niedopłatę składek i odsetki pokryję z własnych środków.</p>	<p>regulations, or as a partner in a general partnership, limited partnership, professional partnership, or a sole shareholder in a limited liability company) and, as such, I pay full mandatory social security contributions monthly (I do not pay social security contributions under preferential terms).</p> <p>5. I am not entitled to pension/disability pension benefit (pension or disability no.)</p> <p>6. I am not a person cooperating with a person conducting non-agricultural activity.</p> <p>7. I am not a student not having reached the age of 26 (name of the school:, student ID no.)</p> <p>8. I am not on leave: <input type="checkbox"/> maternity / <input type="checkbox"/> parental / <input type="checkbox"/> unpaid for the period from to</p> <p>9. I am not registered at the District Labour Office as an unemployed person.</p> <p>10. I am not insured under the Farmers' Social Security Scheme since</p> <p>11. I do not request to be covered by voluntary <input type="checkbox"/> pension/disability pension insurance / <input type="checkbox"/> sickness insurance.</p> <p>Insurance data have been recently modified: YES/NO.</p> <p>I hereby undertake to notify SWPS University each time of any change in my personal data and employment status to the extent covered by the content of this declaration (i. e. in case of sickness/rehabilitation benefit entitlement, employment contract ending etc.). At the same time, I hereby acknowledge that if the present document is filled out incorrectly or after the deadline, this may cause irregularities with regard to applying for social and health insurance and may also delay the payment. If there are errors in the data provided by me, I will cover any underpaid contribution and interest from my own funds.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Data / date

Podpis Wystawcy / Issuer's signature

Stwierdzam wykonanie pracy i zgodność z umową / Formal and substantive acceptance