

DANE OSOBOWE I ADRESOWE

Nazwisko i Imię Drugie Imię

Adres zameldowania:

Ulica nr domunr
mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy-.....Powiat

PocztąGmina.....Województwo.....

Adres zamieszkania (wypełnić jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania):

Ulica nr domunr
mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy-.....Powiat

PocztąGmina.....

Województwo.....

Nr PESEL

Nr NIP

Data urodzenia (dd-mm-rrrr) Miejsce urodzenia

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

Nr rachunku bankowego - - - - -

Nazwa banku

Urząd

Skarbowy.....

(właściwy według miejsca zamieszkania podatnika)

RACHUNEK DO UMOWY O Praktykę Absolwencką/Umowę zlecenie* NR**

Trwającej od dnia.....dla za wykonanie
zgodnie z umową w okresie od do następujących czynności:

MPK/ Cost Centre:

(wypełnia zleceniodawca/zlecający)

Wynagrodzenie brutto **zł**

(słownie:

data i podpis zleceniobiorcy/wykonawcy
zleceniodawcy/zlecającego

podpis i pieczęć

zatwierdzenie wykonania zlecenia / dzieła

OŚWIADCZAM, ŻE*:

OBYWATELSTWO

JESTEM	NIE JESTEM	obywatelem innego państwa niż Rzeczpospolita Polska; jeśli zostało zaznaczone JESTEM proszę wpisać jakiego
POSIADAM	NIE POSIADAM	certifikat rezydencji poświadczający moje związki rodzinno-gospodarcze z innym państwem niż Rzeczpospolita Polska (proszę o załączenie certyfikatu do oświadczenia)

INTERNAL

		jeśli zaznaczono JESTEM proszę o podanie numeru paszportu
		i numer identyfikacji podatkowej z kraju wymienionego powyżej.....

ZATRUDNIENIE

JESTEM	NIE JESTEM	w trakcie całego okresu wykonywania umowy zlecenia zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę
		jeśli zaznaczono JESTEM proszę o podanie nazwy pracodawcy:
OSIĄGAM	NIE OSIĄGAM	minimalne wynagrodzenie z umowy o pracę (1850 PLN) lub mam zagwarantowane minimalne wynagrodzenie ale nie jestem na pełnym etacie
		jeśli zaznaczono NIE OSIĄGAM to proszę o podanie kwoty wynagrodzenia brutto

DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

PROWADZĘ	NIE PROWADZĘ	pozarolniczą działalność lub pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie wykonywania umowy zlecenia
		składki społeczne odprowadzam od podstawy: <input type="checkbox"/> stanowiącej 60% przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego <input type="checkbox"/> stanowiącej 30% minimalnego wynagrodzenia jak dla umowy o pracę (555 PLN)
		jeżeli kwota deklarowanej podstawy składek społecznych z działalności jest inna niż powyżej to proszę o wskazanie tej podstawyPLN
JEST	NIE JEST	przedmiotem umowy zlecenie JEST/NIE JEST zakres prowadzonej działalności gospodarczej (zgodnie z wpisem do rejestru REGON)

INNE TYTUŁY UBEZPIECZEŃ

PRZEBYWAM	NIE PRZEBYWAM	na urlopie MACIERZYŃSKIM / WYCHOWAWCZYM/BEZPŁATNYM w czasie wykonywania umowy zlecenie
		jeśli zaznaczono przebywam proszę podać okres trwania urlopu macierzyńskiego/wychowawczego/bezpłatnego data od data do
WYKONUJĘ	NIE WYKONUJĘ	równoległe do rozliczanej umowy inną umowę zlecenie, od której odprowadzane są składki na ubezpieczenie społeczne (u innego zleceniodawcy)
		jeśli zaznaczono wykonuję proszę o podanie dokładnego zakresu dat wykonywania umowy data od data do
		jeśli zaznaczono wykonuję proszę o podanie dokładnej kwoty podstawy składek, od której odprowadzono składki społeczne w miesiącu wypłaty rozliczanego wynagrodzenia kwota brutto
		jeżeli zleceniobiorca przebywał na nieobecności zasiłkowej a wynagrodzenie u innego zleceniodawcy na umowie jest określone stałą kwotą miesięczną pomniejszaną za nieobecności to proszę o podanie pełnej kwoty z umowy.....PLN oraz dat nieobecności: data od data do
		jeżeli umów z innymi zleceniodawcami było więcej to proszę o podanie odpowiedzi jak powyżej dla wszystkich zleceniodawców i umów u tych zleceniodawców

NAUKA/SZKOŁA

JESTEM	NIE JESTEM	uczniem/studentem , który nie ukończył 26 roku życia
		jeśli zaznaczono JESTEM proszę podać nr legitymacji i nazwę szkoły
JESTEM	NIE JESTEM	uczestnikiem studiów podyplomowych lub doktoranckich

RENTA, EMERYTURA, STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

POSIADAM	NIE POSIADAM	ustalone prawo do świadczenia przedemerytalnego
		nr decyzji..... nazwa i adres organu emerytalnego/rentowego
POSIADAM	NIE POSIADAM	ustalone prawo do świadczenia emerytalnego/rentowego

INTERNAL

		nr decyzji..... nazwa i adres organu emerytalnego/rentowego
POSIADAM	NIE POSIADAM	ustalone prawo do renty rodzinnej
POSIADAM	NIE POSIADAM	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jeśli zaznaczono posiadam proszę zaznaczyć rodzaj lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/>

UBEZPIECZENIE DOBROWOLNE

WNOSZĘ	NIE WNOSZĘ	o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym z tytułu wykonywania umowy zlecenie jeśli zaznaczono wnoszę proszę o zaznaczenie jaki: chorobowe <input type="checkbox"/> lub emerytalno-rentowe <input type="checkbox"/>
--------	------------	--

Stwierdzam, że wszystkie dane podałem/am zgodnie ze stanem rzeczywistym.

W przypadku zmiany danych, zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania zleceniodawcy/zamawiającego o zaistniałych zmianach w tym o zmianie swojej sytuacji ubezpieczeniowej (między innymi o urlopie wychowawczym, macierzyńskim, bezpłatnym czy też o zmianie etatu). Jeśli na skutek podania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym lub nieprzekazania informacji o zmianie swojej sytuacji ubezpieczeniowej płatnik będzie zobowiązany opłacić za zleceniobiorcę składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne zobowiązuję się do zwrotu składek w części finansowanej ze środków ubezpieczonego oraz całości należnych odsetek.

* zaznaczyć właściwe

** proszę podać numer o ile istnieje na umowie

.....
data i podpis zleceniobiorcy/wykonawcy dzieła