**Oświadczenie uczestnika szkoły doktorskiej UMP**

**do wypłaty stypendium doktoranckiego**

**– zgłoszenie zmiany danych (zmiana numeru konta bankowego)**

...................................................................................................................................................................

IMIĘ I NAZWISKO

...................................................................................../............................................................................

DATA I MIEJSCE URODZENIA

...................................................................................................................................................................

PESEL

...................................................................................................................................................................ADRES ZAMIESZKANIA

...................................................................................................................................................................

ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

..................................................................................../.............................................................................

TELEFON/E-MAIL

...................................................................................................................................................................

URZĄD SKARBOWY

Proszę o przekazywanie stypendium doktoranckiego na poniższy rachunek bankowy:

...................................................................................................................................................................

NAZWA BANKU

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NR RACHUNKU (26 CYFROWY)

Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu, niezwłocznie powiadomię Uczelnię o tym fakcie.

................................................ .............................................................

(data) (czytelny podpis doktoranta)

**Oświadczenie uczestnika szkoły doktorskiej UMP**

**o dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym**

Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym  od dnia ……………......…...……… zgodnie z Ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych i proszę o potrącenie składki z przyznanego mi stypendium doktoranckiego.

................................................ .............................................................

(data) (czytelny podpis doktoranta)