

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY

1. Dane identyfikacyjne podatnika

Nazwisko	Imię	PESEL
Kod	Miejscowość	Gmina
Adres	Telefon	Obywatelstwo
Narodowy Fundusz Zdrowia (nazwa kasy chorych)		

2. Dane do celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego. (Właściwe zaznaczyć X).

Jestem uczniem/studentem poniżej 26 roku życia	☐ TAK	☐ NIE
Jestem studentem na studiach doktoranckich / uczestnikiem Szkoły Doktorskiej	☐ TAK	☐ NIE
Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę w (podać nazwę zakładu pracy) w wymiarze czasu pracy	☐ pełnym (cały etat)	☐ częściowym
Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy lub/i umowy zlecenia miesięcznie wynosi w kwocie brutto	☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2020 roku 2.600,00 zł	☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2020 roku 2.600,00 zł
Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy lub/i umowy zlecenia miesięcznie wynosi w kwocie brutto	☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2021 roku 2.800,00 zł	☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2021 roku 2.800,00 zł
Prowadzę działalność gospodarczą	☐ TAK	☐ NIE
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne	☐ w pełnej wysokości	☐ na preferencyjnych warunkach z ubezpieczeniem chorobowym (w 2021 roku 265,78 zł) ☐ na preferencyjnych warunkach bez ubezpieczenia chorobowego (w 2021 roku 245,20 zł)
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam tylko składkę zdrowotną	☐ TAK	☐ NIE
Przebywam na urlopie:		
macierzyńskim w okresie	od dnia	do dnia
wychowawczym w okresie	od dnia	do dnia
bezpłatnym w okresie	od dnia	do dnia
Posiadam status osoby bezrobotnej	☐ TAK	☐ NIE
Mam ustalone prawo do emerytury	☐ TAK (numer zaświadczenia)	☐ NIE
Mam ustalone prawo do renty	☐ TAK (numer zaświadczenia)	☐ NIE
Mam ustalony stopień niepełnosprawności	☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny	
Wykonuję już czynności na podstawie innej umowy zlecenia wcześniej zawartej i nadal trwającej z innym zleceniodawcą	☐ TAK	☐ NIE
Zgodnie z powyższym oświadczeniem, że z tytułu wykonywania umowy zlecenia zawartej wcześniej z innym zleceniodawcą i nadal trwającej, podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym (emerytalnym i rentowym)	☐ TAK	☐ NIE
I w związku z tym wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	☐ TAK	☐ NIE
Wnoszę o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami (emerytalnym, rentowym)	☐ TAK	☐ NIE

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuje się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Dział Płac ul. Fredry 10 tel. 061-854-60-43, 061-854-62-14, 061-854-60-40). W przypadku, gdyby podane przeze mnie dane okazały się błędne, co skutkowałoby koniecznością uregulowania dodatkowych składek wobec ZUS oraz odsetek od całego powstałego zadłużenia zobowiązuje się do ich pokrycia.

Data wypełnienia formularza

Podpis zleceniobiorcy