Nazwisko wystawcy rachunku: ……………....................................................................................................

Imiona: 1. .................................................................... 2. ........................................................................

data urodzenia: …......................................................................................................................................

PESEL: ………………………………………………….…………………… NIP ………………………………………………………………...

Miejsce zamieszkania: miejscowość: ………………………………..…………….…………………………………………….........

Ulica: ......................................................................................... nr domu ............... nr mieszkania ...........

Kod pocztowy: …………...............................................................................................................................

Telefon kontaktowy: ……………………………….……………..……e-mail: ……………………………………………………...….

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego…………………………………………………………….…………………………….………….

……………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

**R A C H U N E K**

**dla Uniwersytetu Medycznego im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

za ..............................................................................................................................................................

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

wg umowy zlecenia/o dzieło Nr ………………………………….….…. z dnia ........................................................

Wykłady ………………… po .................... zł =………….

Seminaria ………………… po ..................... zł =………….

Ćwiczenia ………………… po ..................... zł =………….

Egzamin ………………………………………………….…………………

Inne ……………………………………………………….……………

Razem: …………..………………..

Słownie złotych: ........................................................................................................................................

Nr rachunku bankowego: ……………………………….…………………………………..……….……………............................

Nazwa banku: ………………………………………….…………………….……………………………….………….………………………..

Zleceniobiorca, wykonawca, który nie jest pracownikiem Uniwersytetu Medycznego oświadcza, że

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

(jest zatrudniony – gdzie i czy zarabia powyżej/poniżej najniższego wynagrodzenia, lub jest emerytem, rencistą, studentem powyżej/poniżej 26 roku życia)

 ……………………………………….

 data i podpis wystawcy

Sprawdzono pod względem merytorycznym.

Stwierdzam wykonanie i przyjęcie pracy zgodnie z warunkami umowy.

Oświadczam jednocześnie, że zlecona praca nie należy do obowiązków wynikających ze stosunku pracy i wykonana została poza obowiązującym czasem pracy.

 ……………………………….……..

 data i podpis przyjmującego pracę

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym

 …………………………………..

 data i podpis

 **UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU**

**MIESIĘCZNE ZESTAWIENIE GODZIN DO UMOWY ZLECENIA**

**Z DNIA ……………. NR ……………………..**

**Imię i nazwisko Zleceniobiorcy: ........................................................**

**Rok/Miesiąc …………/ ………..**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dzień miesiąca** | **Liczba godzin** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |
| **5.** |  |
| **6.** |  |
| **7.** |  |
| **8.** |  |
| **9.** |  |
| **10.** |  |
| **11.** |  |
| **12.** |  |
| **13.** |  |
| **14.** |  |
| **15.** |  |
| **16.** |  |
| **17.** |  |
| **18.** |  |
| **19.** |  |
| **20.** |  |
| **21.** |  |
| **22.** |  |
| **23.** |  |
| **24.** |  |
| **25.** |  |
| **26.** |  |
| **27.** |  |
| **28.** |  |
| **29.** |  |
| **30.** |  |
| **31.** |  |
|  |  |

Zleceniobiorca

 ……………..…………………..

 podpis