

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY

Dotyczy umowy:

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, niepotrzebne skreślić)

Jestem uczniem/studentem poniżej 26 roku życia	☐ TAK	☐ NIE
Jestem studentem na studiach doktoranckich / uczestnikiem Szkoły Doktorskiej	☐ TAK	☐ NIE
Stypendium ze Szkoły Doktorskiej wynosi (podstawa składek emerytalnych i rentowych)	☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2021 roku 2.800,00 zł ☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2022 roku 3.010,00 zł	☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2021 roku 2.800,00 zł ☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2022 roku 3.010,00 zł
Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę w wymiarze czasu pracy	☐ pełnym (cały etat)	☐ częściowym
Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy / umowy zlecenia / innego tytułu miesięcznie wynosi w kwocie brutto (podstawa składek emerytalnych i rentowych)	☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2021 roku 2.800,00 zł	☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2021 roku 2.800,00 zł
Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy / umowy zlecenia / innego tytułu miesięcznie wynosi w kwocie brutto (podstawa składek emerytalnych i rentowych)	☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2022 roku 3.010,00 zł	☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie wynoszące w 2022 roku 3.010,00 zł
Prowadzę działalność gospodarczą	☐ TAK	☐ NIE
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne	☐ w pełnej wysokości	☐ na preferencyjnych warunkach z ubezpieczeniem chorobowym (w 2022 roku 285,71 zł) ☐ na preferencyjnych warunkach bez ubezpieczenia chorobowego (w 2022 roku 263,59 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	☐ NIE
Mam ustalone prawo do renty	☐ TAK	☐ NIE
Mam ustalony stopień niepełnosprawności	☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny	☐ NIE
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
w związku z tym wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	☐ TAK	☐ NIE
Wnoszę o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami (emerytalnym, rentowym)	☐ TAK	☐ NIE
Kod wykonywanego zawodu (dotyczy umowy zlecenia z UMP) zgodnie z klasyfikacją zawodów Dz.U. 2018 poz. 227		

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 zobowiązuję 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 zobowiązuję się do ich pokrycia.

Data wypełnienia formularza

Podpis zleceniobiorcy