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**