

ANKIETA

Do umowy zlecenia/ dzieła nr..... zawartej przez Dział
dnia na okres od..... do.....
Dla osób **nie będących** pracownikami Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

NAZWISKO

IMIĘ.....

I. DANE IDENTYFIKACYJNE

Data urodzenia

PESEL

NIP

/tylko osoby prowadzące działalność gospodarczą/

W przypadku, gdy nie ma ww. nr ewidencyjnych – wpisać nr dowodu osobistego lub paszportu,
Dowód osobisty seria i nr / Paszport seria i nr

II. DANE EWIDENCYJNE :

Drugie imię

Nazwisko rodowe

Obywatelstwo

III. TYTUŁ UBEZPIECZENIA (zakreślić właściwe):

Mam ustalone prawo do: Emerytury: TAK / NIE Renty: TAK / NIE

Nr emerytury/renty:

Data przyznania emerytury/renty

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności..... data przyznania st. niepełnosprawności

IV. ADRES (adres zamieszkania i do korespondencji wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania).

	Zameldowania	Zamieszkania	Korespondencyjny
Miejscowość
Gmina
Powiat
Kod
Poczta
Ulica
Nr domu/mieszkania
Nr tel./fax

V. NAZWA ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

VI. NUMER URZĘDU SKARBOWEGO: MIEJSCOWOŚĆ:

VII. WYPŁATA WYNAGRODZENIA (zaznaczyć znakiem x właściwy kwadrat):

KASA
Konto osobiste
Adres domowy

Niżej wpisać dokładną nazwę banku, oddział, nr konta lub adres, na który mają być przesłane pieniądze

.....

VIII. INNE DANE OSOBOWE

Imię ojca.....

Imię matki.....

IX. DANE O ZATRUDNIENIU (zaznaczyć x wszystkie dotyczące kwadraty):

Emeryt/rencista		
Pracownik lub/i zleceniobiorca innego zakładu, którego	podstawa składek na ubezpiecz. emerytalno-rent. jest równa lub wyższa od 1.850 zł miesięcznie	
	podstawa składek na ubezpiecz. emerytalno-rent. jest niższa od 1.850 zł miesięcznie	
Student lub uczeń szkoły ponadpodstawowej nie mający 26 lat		
Doktorant		
Osoba prowadząca pozarol. dział. gospodarczą	opłacająca składki na ubezpiecz. emerytalno-rent. na zasadach ogólnych	
	opłacająca składki na ubezpiecz. emerytalno-rent. na warunkach preferencyjnych	
	nie opłacająca składek na ubezpiecz. emerytalno-rent.	
Bezrobotny(a)		
Osoba przebywająca na urlopie wychowawczym		
Osoba pobierająca zasiłek macierzyński		
Inny (wpisać jaki).....		

Uwaga : osoby, których łączna podstawa składek na ubezpieczenie emerytalno-rent. nie przekracza 1.850 zł proszone są o kontakt z Działem Płac tel. 4800716.

X. UBEZPIECZENIA DOBROWOLNE (zaznaczyć znakiem x właściwy kwadrat):

Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie emerytalno-rentowe

Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

TAK NIE

XI. OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY :

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. **Zobowiązuję się powiadomić zleceniodawcę o wszelkich zmianach do ww. ankiety.**

.....
miejsowość i data

.....
podpis zleceniobiorcy

XII. UPOWAŻNIENIE

Ja,, **upoważniam** pracownika PUM mgr Marzenę Pniewską do podpisania
imię i nazwisko
w moim imieniu dokumentów związanych z zarejestrowaniem i wyrejestrowaniem z ubezpieczeń społecznych i/lub zdrowotnych.

.....
podpis osoby upoważniającej

UWAGA: należy wypełnić czytelnie wszystkie kolejne punkty ankiety. Nie wypełnienie choćby jednego spowoduje zwrot ankiety i przesunięcie terminu zawarcia umowy.