

ANKIETA

Do umowy zlecenia/ dzieło 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 dział.gospod./

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/mieszk
Nr tel./fax

V. NAZWA ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

VI. NUMER URZĘDU SKARBOWEGO: MIEJSCOWOŚĆ:

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

Konto osobiste
Adres domowy

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

.....

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

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

Uwaga : osoby, których łączna podstawa składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe (wynagrodzenie wypłacone w danym miesiącu) nie przekracza minimalnej krajowej proszone są o kontakt z Biurem ds. Ewidencji Umów Cywilnoprawnych tel. 91 8132616.

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** pracowników PUM Monikę Ćwiklińską oraz Paulinę Owsiak
imię i nazwisko

do podpisania 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.