

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY do umowy nr:

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	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem studentem na studiach doktoranckich / uczestnikiem Szkoły Doktorskiej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Stypendium ze Szkoły Doktorskiej wynosi (podstawa składek emerytalnych i rentowych)	<input type="checkbox"/> co najmniej minimalne wynagrodzenie wynoszące w okresie: <input type="checkbox"/> I – VI 2024 4 242,00 zł <input type="checkbox"/> VII – XII 2024 4 300,00 zł <input type="checkbox"/> co najmniej minimalne wynagrodzenie wynoszące w okresie: <input type="checkbox"/> I – XII 2025 4 666,00 zł	<input type="checkbox"/> mniej niż minimalne wynagrodzenie wynoszące w okresie: <input type="checkbox"/> I – VI 2024 4 242,00 zł <input type="checkbox"/> VII – XII 2024 4 300,00 zł <input type="checkbox"/> mniej niż minimalne wynagrodzenie wynoszące w okresie: <input type="checkbox"/> I – XII 2025 4 666,00 zł
Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę w wymiarze czasu pracy	<input type="checkbox"/> pełnym (cały etat)	<input type="checkbox"/> częściowym
Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy / umowy zlecenia / innego tytułu miesięcznie wynosi w kwocie brutto (podstawa składek emerytalnych i rentowych)	<input type="checkbox"/> co najmniej minimalne wynagrodzenie wynoszące w okresie: <input type="checkbox"/> I – VI 2024 4 242,00 zł <input type="checkbox"/> VII – XII 2024 4 300,00 zł <input type="checkbox"/> co najmniej minimalne wynagrodzenie wynoszące w okresie: <input type="checkbox"/> I – XII 2025 4 666,00 zł	<input type="checkbox"/> mniej niż minimalne wynagrodzenie wynoszące w okresie: <input type="checkbox"/> I – VI 2024 4 242,00 zł <input type="checkbox"/> VII – XII 2024 4 300,00 zł <input type="checkbox"/> mniej niż minimalne wynagrodzenie wynoszące w okresie: <input type="checkbox"/> I – XII 2025 4 666,00 zł
Prowadzę działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne	<input type="checkbox"/> w pełnej wysokości	<input type="checkbox"/> na preferencyjnych warunkach z ubezpieczeniem chorobowym w okresie: <input type="checkbox"/> I – XII 2025 442,90zł <input type="checkbox"/> na preferencyjnych warunkach bez ubezpieczenia chorobowego w okresie: <input type="checkbox"/> I – XII 2025 408,60zł
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam tylko składkę zdrowotną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Mam ustalone prawo do emerytury	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Mam ustalone prawo do renty	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Mam ustalony stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> NIE
Wykonuję już czynności na podstawie innej umowy zlecenia wcześniej zawartej i nadal trwającej z innym zleceniodawcą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w związku z tym wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wnoszę o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami (emerytalnym, rentowym)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> 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. 061-854-60-43/40, 061-854-62-14). W przypadku, gdyby podane przeze mnie dane okazały się błędne, co skutkowało by koniecznością uregulowania dodatkowych składek wobec ZUS oraz odsetek od całego powstałego zadłużenia zobowiązuję się do ich pokrycia.

Data wypełnienia formularza

Podpis zleceniobiorcy