**DANE POTRZEBNE DO ZGŁOSZENIA ZUS**

1. Nazwisko: ….......................................................................................................................
2. Imię/imiona: .......................................................................................................................
3. Imię ojca: ............................................................................................................................
4. Imię matki: ..........................................................................................................................
5. Miejsce urodzenia: .............................................................................................................
6. Data urodzenia: ...................................................................................................................
7. Nr Pesel/NIP: ......................................................................................................................
8. Nazwisko rodowe: ..............................................................................................................
9. Adres stałego zameldowania:

* ulica, nr domu: ...............................................................................................................
* kod pocztowy: ................................................................................................................
* miejscowość: ..................................................................................................................
* gmina: .............................................................................................................................
* województwo: ................................................................................................................

1. Adres zamieszkania: ........................................................................................................... .............................................................................................................................................
2. Adres do korespondencji: ...................................................................................................

.............................................................................................................................................

1. Adres Urzędu Skarbowego (wg miejsca zamieszkania): ...…............................................

.............................................................................................................................................

1. Seria i numer dowodu osobistego:.......................................................................................
2. Kod Oddziału NFZ: ............................................................................................................

O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika (Politechnika Koszalińska) na piśmie w terminie 5 dni kalendarzowych od wystąpienia tych zmian. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia (w przypadku ich nie zgłoszenia) zobowiązuję się pokryć z własnych środków.

Koszalin, dnia ……………………… ……………………………………

(czytelny podpis doktoranta)