

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:
10. Adres zamieszkania:
.....
11. Adres do korespondencji:
.....
12. Adres Urzędu Skarbowego (wg miejsca zamieszkania):
.....
13. Seria i numer dowodu osobistego:.....
14. 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)

Nazwisko i imię:

PESEL:

Rok akademicki:

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA

Szkoły Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej

w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu otrzymywanego stypendium doktoranckiego, o którym mowa w art. 209 ustawy z dnia 20 lipca 2018 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2022 poz. 574 ze zm.).

Oświadczam, że: *(niepotrzebne skreślić)*

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Jestem doktorantem tylko w Szkole Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej | TAK | NIE |
| 2. Posiadam stopień naukowy doktora | TAK | NIE |
| 3. Jestem emerytem/rencistą | TAK | NIE |
| 4. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | TAK | NIE |

.....
(Jeśli tak podać: stopień niepełnosprawności, okres obowiązywania orzeczonego stopnia)

5. Jestem objęty ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym lub ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu:

- | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| • Stosunku pracy | TAK | NIE |
| ✓ Przebywam na urlopie bezpłatnym | TAK | NIE |

(Jeśli tak podać okres:))

- | | | |
|---|-----|-----|
| • Umowy zlecenia | TAK | NIE |
| • Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej | TAK | NIE |
| (opłacam pełny ZUS) | TAK | NIE |
| • Jako członek rodziny ubezpieczonego (rodzica lub współmałżonka) | TAK | NIE |
| • Z innego tytułu | TAK | NIE |

(Jeśli tak określić tytuł:.....))

6. Jestem zatrudniony jako nauczyciel akademicki/pracownik badawczy: TAK NIE

(Jeśli tak podać miejsce pracy, wymiar i czas zatrudnienia:.....)

7. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym TAK NIE

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)

.....
miejsowość, data

.....
(pieczęć zakładu pracy)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że Pan/Pani* -.....
jest zatrudniony/a* na podstawie umowy o pracę, na czas
w wymiarze etatu** od dnia do
na stanowisku:
.....

Z tego tytułu comiesięcznie osiąga wynagrodzenie brutto powyżej minimalnego
wynagrodzenia za pracę. Od powyższego wynagrodzenia są odprowadzane składki na
obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

* nie potrzebne skreślić

**jeśli nie pełny wymiar czasu pracy, proszę podać jaki

.....
miejsowość, data

Nazwisko i imię:

PESEL:

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA
Szkoły Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej

Proszę o wypłacanie stypendium doktoranckiego na konto bankowe:

Nazwa banku:

Adres banku:

Nr konta bankowego:

Imię i nazwisko właściciela rachunku:

.....
(czytelny podpis doktoranta)