**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)

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 stopnień 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)

1. 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)

…………………..…………………

miejscowość, data

…………………..…………………

(pieczęć zakładu pracy)

**ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadczam, że Pan/Pani\*……………………………………………………………… jest zatrudniony/a\* na postawie 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*

…………………..…………………

miejscowość, 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)*