

## UMOWA ZLECENIA 1170/Z...../201.....

PSP/zlecenie\* .....

Zawarta w dniu ..... 20... r. w Warszawie pomiędzy Politechniką Warszawską – Wydziałem Zarządzania, ul. Narbutta 85, 02-524 Warszawa, NIP 5250005834 zwaną dalej „Zleceniodawcą”, reprezentowaną przez Dziekana WZ dr hab. inż. Janusz Zawilą-Niedźwiecki, prof. PW

a

..... PESEL \_ \_ \_ \_ \_ zamieszkała /y .....  
(imię i nazwisko) (adres zamieszkania)  
zwaną/ym dalej „Zleceniobiorcą”

### § 1

Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania z dołożeniem należytej staranności:

### § 2

1. Zlecenie będzie wykonywane na terenie Zleceniodawcy/ nie będzie wykonywane na terenie Zleceniodawcy. \*
2. Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia ..... do dnia .....
3. Zleceniobiorca za właściwe wykonanie umowy otrzyma wynagrodzenie brutto w wysokości .....zł (słownie .....x) określone na podstawie kalkulacji: stawka za godzinę .....zł x maksymalna szacowana liczba godzin pracy .....
4. Zleceniobiorca po zakończeniu każdego miesiąca realizacji umowy jest zobowiązany do zgłoszenia liczby przepracowanych godzin w danym miesiącu w terminie do jednego dnia roboczego po zakończeniu miesiąca.
5. Protokolarnego odbioru wykonania umowy/częściowego wykonania umowy\*, z potwierdzeniem liczby przepracowanych godzin, dokona osoba podpisująca umowę /Pan/ Pani .....\* w terminie do 3 dni roboczych po zakończeniu danego miesiąca.
6. W przypadku nieświadczenia pracy w danym miesiącu Zleceniobiorca złoży Zleceniodawcy oświadczenie o nieświadczeniu pracy w terminie do jednego dnia roboczego po zakończeniu miesiąca.
7. W dniu podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń, Zleceniobiorca wystawi Zleceniodawcy rachunek lub fakturę, który będzie stanowić podstawę do wypłaty wynagrodzenia.
8. Wypłata wynagrodzenia nastąpi nie później niż 18 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dostarczono rachunek lub fakturę do Zleceniodawcy .
9. Wynagrodzenie będzie wypłacone jednorazowo /w miesięcznych ratach wynikających z przepracowanej liczby godzin.\*
10. W trakcie realizacji pracy objętej niniejszą umową Zleceniobiorca wypełnia/nie wypełnia \* arkusz rozliczenia czasu pracy.
11. \*\*Oprócz wynagrodzenia, Zleceniobiorca otrzyma zwrot kosztów podróży oraz świadczenie pieniężne na pokrycie kosztów pobytu ustalane na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej / Wynagrodzenie obejmuje wszelkie koszty poniesione przez Zleceniobiorcę w związku realizacją umowy w tym koszty podróży i koszty pobytu.\*

### § 3

Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Zleceniodawcy, o których dowiedział się w związku z wykonywaniem umowy zlecenia (Informacje poufne). Za informacje poufne, o których mowa w zdaniu poprzedzającym uważa się wszelkie informacje dotyczące Zleceniodawcy, niezależnie od formy i sposobu ich wyrażenia oraz stopnia ich opracowania, pozyskane przez Zleceniobiorcę w związku z realizacją niniejszej umowy. Informacją poufną są w szczególności wszelkie informacje, technologie prawnie zastrzeżone (w tym know-how, patenty, licencje, prawa autorskie) a nadto informacje na temat działalności Zleceniodawcy oraz jego kontrahentów i współpracowników.

### § 4

W razie zwłoki Zleceniobiorcy w wykonaniu zlecenia lub jego części, Zleceniodawca może umowę rozwiązać bez zachowania okresu wypowiedzenia oraz bez prawa Zleceniobiorcy do wynagrodzenia.

### § 5

1. Strony oświadczają, że kwalifikując umowę jako umowę zlecenia, przyjmują odpowiedzialność za prawidłowe wykonanie swych obowiązków wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i urzędu skarbowego.
2. W przypadku, gdy po podpisaniu umowy stanie się ona podstawą do objęcia Zleceniobiorcy obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi, przyjmuje się, że ustalone w § 2 ust. 3 wynagrodzenie obejmuje całość należnych składek na ubezpieczenia społeczne, również te, które zwykle finansowane są przez Zleceniodawcę .
3. Zleceniobiorca ma obowiązek powiadomić na piśmie Zleceniodawcę o zmianie stanu faktycznego w obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie społeczne. Za skutki wynikłe z niedopełnienia tego obowiązku odpowiada Zleceniobiorca.

### § 6

Na podstawie art. 24 ust. 1 z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych Zleceniodawca informuje Zleceniobiorcę, że administratorem danych, przetwarzającym dane osobowe jest Politechnika Warszawska z siedzibą w Warszawie, Plac Politechniki 1. Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu wykonania zadań administratora danych wynikających z tej umowy. Zleceniobiorca ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych przetwarzanych przez Politechnikę Warszawską, a także prawo do ich poprawiania.

### § 7

Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron, za 7- dniowym wypowiedzeniem lub za porozumieniem stron.

### § 8

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Do spraw nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych.
3. Wszelkie spory dotyczące realizacji umowy będą rozstrzygane w pierwszej kolejności na drodze polubownej.
4. Do rozstrzygania sporów nierozstrzygniętych na drodze polubownej właściwym sądem jest sąd powszechny właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

§9

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Zleceniobiorcy i dwa dla Zleceniodawcy.

.....  
Zleceniodawca

.....  
Zleceniobiorca

*Uwaga - w przypadku realizowania umowy na Terenie PW do egzemplarza umowy przechowywanego w jednostce, na rzecz której realizowana jest umowa należy dołączyć:*

- 1) „kartę instruktażu stanowiskowego dla osoby współpracującej i praktykanta”, która stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia nr 38/2015 Rektora PW z dnia 23 września 2015 r. w sprawie zasad i trybu przeprowadzania szkoleń w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników, doktorantów oraz osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych, stażystów i praktykantów
- 2) „oświadczenie o zapoznaniu z ryzykiem zawodowym wynikającym z pracy na stanowisku” lub „oświadczenie o zapoznaniu z zagrożeniami dla bezpieczeństwa i zdrowia podczas pracy na terenie” zgodnie z załącznikami odpowiednio nr 5 i nr 6 zarządzenia nr 39/2008 Rektora PW z dnia 8 lipca 2008 r.
- 3) kserokopię orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania prac objętych umową (zgodnie z § 3 niniejszego zarządzenia).

\* wybrać właściwe

\*\* przepis zastosować tylko w przypadku kiedy Zleceniodawca przewiduje odbywanie przez Zleceniobiorcę podróży związanych z realizacją pracy i finansowanych w ramach wynagrodzenia za tę pracę, w przypadku kiedy Zleceniodawca takiej ewentualności nie przewiduje przepisu tego nie należy wpisywać do umowy

## Protokół odbioru

( dotyczy umów zlecenia i wszystkich umów krótkotrwałych )

Wykonania umowy **1170/Z...../201.....**

zawartej w dniu ....., przedmiotem której było .....

Sporządzony przy udziale Zleceniobiorcy /~~Wykonawcy~~ .....

1. Zleceniobiorca oświadcza, że w terminie od ..... do ..... przepracował ..... godzin.
2. W imieniu Zleceniodawcy/~~Zamawiającego~~\* pracę przyjmuje .....  
i potwierdza liczbę przepracowanych godzin.
3. Ustalenia przyjmującego pracę :
  - 1) umowa została wykonana w całości/części\* o wartości ..... zł.
  - 2) praca została/nie została\* wykonana zgodnie z umową.
  - 3) praca nie wymaga/ wymaga\* dokonania poprawek - uzupełnień:  
.....  
.....w terminie do dnia .....

**Na tym protokół zakończono i podpisano:**

Zleceniodawca/~~Zamawiający~~\*  
.....

Zleceniobiorca/ ~~Wykonawca~~\* :  
.....

Protokół sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Zleceniobiorcy/~~Wykonawcy~~ \* i dwa dla Zleceniodawcy/~~Zamawiającego~~ \*.

Warszawa, dnia .....

\* *wybrać właściwe*

Warszawa, dnia .....

Dane dotyczące podatnika:

Nazwisko .....

Imię .....

PESEL / NIP \*\* .....

Nr paszportu \*) .....

**RACHUNEK ...../1170/Z...../.....**

Dla Politechniki Warszawskiej – Wydział Zarządzania za .....

wykonane w ramach umowy zlecenia nr .....**1170/Z..../201.....** z dnia .....

wykonywanej w okresie od ..... do .....

na kwotę zł ..... brutto

(słownie .....).

.....  
podpis wystawcy rachunku

Sprawdzono pod względem merytorycznym

Zatwierdzam do wypłaty

.....  
Podpis sprawdzającego

.....  
Data i podpis osoby posiadającej pełnomocnictwo Rektora PW  
upoważniające do zawierania umów o dzieło lub zlecenia

Nr zlecenia/ element PSP	kwota	Numer listy
.....	.....	1170 A.....201.....

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym.

.....  
podpis pełnomocnika Kwestora

\* dotyczy osób nieposiadających dowodu osobistego

\*\* wybrać właściwe

## Oświadczenie dla celów ubezpieczenia ZUS

dotyczy umowy zlecenia nr .....1170/Z...../201..... z dnia .....

Nazwisko .....

Imię .....

PESEL /NIP\* ..... nr paszportu (lub karty stałego pobytu) .....

### I. Oświadczam, że:

1. ☐ Jestem pracownikiem Politechniki Warszawskiej i aktualnie przebywam na urlopie:
  - ☐ macierzyńskim / rodzicielskim - Okres urlopu .....
  - ☐ wychowawczym / bezpłatnym - Okres urlopu .....
2. ☐ Jestem jednocześnie zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej w Polsce w innym niż PW podmiocie gospodarczym.  
Moje wynagrodzenie miesięczne ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:
  - ☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie,
  - ☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie.ale aktualnie przebywam na urlopie:
  - ☐ macierzyńskim / rodzicielskim - Okres urlopu .....
  - ☐ wychowawczym / bezpłatnym - Okres urlopu .....
3. ☐ Jestem już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą; inną umowę zlecenia lub agencyjną zawartą na okres: .....  
i miesięczne wynagrodzenie z tego tytułu wynosi:
  - ☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie,
  - ☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie.
4. ☐ Jestem już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, której rodzaj nie pokrywa się z rodzajem pracy wykonywanej z tytułu tej umowy zlecenia. Składki ZUS odprowadzam na zasadach:
  - ☐ Ogólnych
  - ☐ Preferencyjnych, a podstawa wymiaru składek wynosi:
    - ☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie,
    - ☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie.
5. ☐ Pobieram zasiłek macierzyński z ZUS – Okres pobierania zasiłku .....
6. ☐ Jestem emerytem lub rencistą
7. ☐ Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/łem 26 lat.
8. ☐ Nie mam innego tytułu do ubezpieczenia ZUS
9. ☐ Umowa zlecenia wykonywana jest poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
10. ☐ Jestem zgłoszony do ubezpieczenia społecznego w ..... (podać kraj)

### II. Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:

1. ☐ Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu
  - ☐ chcę być objęta/y dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
2. ☐ Chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu
3. ☐ Nie chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

*(W tym przypadku niezbędne jest przedłożenie zaświadczenia o podleganiu ubezpieczeniom społecznym i o naliczeniu i potrąceniu składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe w okresie umowy i miesiącu wypłaty tej umowy)*

4. ☐ Nie podlegam ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

### III. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/ my odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wszelkich zmianach dotyczących powyższego oświadczenia, mających wpływ na naliczanie składek ZUS, zawiadomię Zleceniodawcę w ciągu 3 dni składając nowe oświadczenie.

\* *niepotrzebne skreślić*

☐ Zaznaczyć znakiem X odpowiednią kratkę

.....  
data

.....  
podpis Zleceniobiorcy

### Oświadczenie o nieświadczeniu pracy

Dotyczy umowy zlecenia nr .....**1170/Z..../201**..... z dnia ..... zawartej z  
Politechniką Warszawską – Wydziałem Zarządzania

Imię i nazwisko ..... PESEL  
.....

Oświadczam, że nie świadczyłam/łem pracy w ..... (miesiąc i rok) w ramach  
ww. umowy.

.....  
Data

.....  
Podpis Zleceniobiorcy

.....  
Data i podpis osoby podpisującej umowę zlecenia/ osoba upoważniona do odbioru rezultatu umowy zlecenia

**Kwestionariusz osobowy PZ-SAP**

Rejestracja / Zmiana (\*\*)

Kwestionariusz należy wypełnić drukowanymi literami lub komputerowo

Nazwisko				Nr osobowy SAP***	
Nazwisko rodowe				Pesel	
Imię pierwsze		Imię drugie		Płeć (**)	Kobieta/mężczyzna
Imię ojca		Imię matki		Tytuł zawodowy	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia		Kraj urodzenia	
Obywatelstwo 1		Obywatelstwo 2		NIP	
Adres zamieszkania dla celów podatkowych				Kraj:	
Ulica		Nr domu		Nr mieszkania	
Miejscowość		Kod		Poczta	
Województwo/ Region/Stan		Powiat		Gmina/ Dzielnica	
Adres dla korespondencji – tylko w Polsce (jeżeli jest taki jak zamieszkania w pole obok wpisz „X”)					
Ulica		Nr domu		Nr mieszkania	
Miejscowość		Kod		Poczta	
Województwo		Powiat		Gmina/ Dzielnica	
Dane dodatkowe adresu					
e-mail				Telefon kontaktowy	
Dokument tożsamości (*)	1. Dowód osobisty		2. Karta stałego pobytu		3. Karta czasowego pobytu
Seria i numer		Data ważności		Organ wydający	
Paszport (wypełniają osoby nie posiadające polskiego dowodu osobistego)					
Seria i numer		Data ważności		Kraj wydania	
Posiadam uprawnienie do: (*)	1. Emerytury		2. Renty		Renta przyznana jest do dnia:
Numer świadczenia:		Organ wypłacający świadczenie		Adres:	
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności wydane na okres			Od:		Do:
Data wydania orzeczenia:		Rodzaj niepełnosprawności (*)	Lekki	Umiarkowany	Znaczny
Kod Oddziału NFZ:		Urząd skarbowy:		Adres urzędu skarbowego:	
Forma wypłaty należności: (*)	Gotówka	Przelew na rachunek bankowy (w Polsce):		- - - - -	
Jestem (*)	Studentem	Doktorantem	Uczelnia:	Nr albumu	
Oświadczam, że jestem rezydentem Polski, a na Informacji o dochodach oraz pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11 jako identyfikator podatkowy proszę umieścić (*)				NIP	PESEL
Oświadczam, że jestem rezydentem (wpisać jakiego kraju)		Mój numer identyfikacji podatkowej TIN (ubezpieczenia)			
Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu osobowym są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy. O wszelkich zmianach dotyczących powyższego kwestionariusza osobowego zawiadamie Dział Płac Politechniki Warszawskiej w ciągu 3 dni składając nowy kwestionariusz osobowy. Przyjmuję do wiadomości, że zmiany danych do PIT-u (IFT) muszą być złożone do 07.01 w roku jego wystawienia.					
Miejscowość i data wypełnienia				podpis	
(*) – Zaznaczyć właściwe pole wpisując „X” (**) – Niepotrzebne skreślić (***) – Wypełnia pracownik jednostki organizacyjnej		Data przyjęcia:		Adnotacje służbowe:	





ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS ZZA

strona: 1

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO /  
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH

I. DANE ORGANIZACYJNE

☒ 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA  
ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)

☐ 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) /  
KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH<sup>1)</sup>

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka »R«

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

5 2 5 0 0 0 5 8 3 4

02. Numer REGON

0 0 0 0 0 1 5 5 4

03. Numer PESEL<sup>2)</sup>

04. Rodzaj dokumentu:  
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,  
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

P O L I T E C H N I K A W A R S Z A W S K A

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL<sup>2)</sup>

02.

03. Rodzaj dokumentu  
(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,  
M - mężczyzna)

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu  
ubezpieczenia<sup>3)</sup>

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku  
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia  
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy  
adres jest inny niż polski)

<sup>3)</sup> Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.



ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZUA	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
-----------------------------------	-----	-----	-----------	---

### I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ  
(jeśli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)  
DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ  
(nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych)<sup>1)</sup>

04. Nalepka „R”

### II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

5 2 5 0 0 0 5 8 3 4

02. Numer REGON

0 0 0 0 0 1 5 5 4

03. Numer PESEL<sup>2)</sup>

04. Rodzaj dokumentu:  
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,  
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

POLITECHNIKA WARSZAWSKA

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

### III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL<sup>2)</sup>

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

### IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,  
M - mężczyzna)

### V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>3)</sup>

### VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01. Data powstania  
obowiązku ubezpieczeń  
(dd / mm / rrrr)

Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom:  
(wpisać X w odpowiednim polu)

02. Emerytalnemu

04. Chorobowemu

03. Rentowym

05. Wypadkowemu

### VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania  
obowiązku ubezpieczenia  
(dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

### VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Wnosząc o objęcie ubezpieczeniami:  
(wpisać X w odpowiednim polu)

01. Emerytalnym

02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Rentowymi

04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

05. Chorobowym

06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

### IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia  
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

### X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ<sup>4)</sup>

01. Kod wykonywanego  
zawodu

02. Kod pracy w szczególnych  
warunkach / w szczególnym charakterze

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze  
(dd / mm / rrrr)

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEN / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	---------	----------	---

**XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**XII. ADRES ZAMIESZKANIA** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI** (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Ulica	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
09. Adres poczty elektronicznej	

**XIV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

--

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

**XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA**

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

--

**XVI. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup>W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

<sup>2)</sup>Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>3)</sup>Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

<sup>4)</sup>Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.



ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS ZWUA

WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

I. DANE ORGANIZACYJNE

☒ 01. WYREJESTROWANIE Z  
UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)

☐ 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY  
DANYCH O WYREJESTROWANIU Z  
UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

5 2 5 0 0 0 5 8 3 4

02. Numer REGON

0 0 0 0 0 1 5 5 4

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>

04. Rodzaj dokumentu:  
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,  
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

P O L I T E C H N I K A W A R S Z A W S K A

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL<sup>1)</sup>

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)<sup>2)</sup>

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu  
ubezpieczenia

02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń  
od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Kod przyczyny  
wyrejestrowania 5 0 0

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu  
są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.  
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej  
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

VI. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu  
są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.  
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej  
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń

VII. ADNOTACJE ZUS

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>2)</sup> Pole wypełnia się, o ile wyrejestrowanie dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.