

UMOWA ZLECENIA 1170/Z...../201.....
(krótkotrwała bez praw autorskich)

PSP/zlecenie*

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

a

..... PESEL _ _ _ _ _ zamieszkała /y

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

zwaną/ym dalej „Zleceniobiorcą”

§ 1

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania z dołożeniem należytej staranności: w dniu w miejscu
2. Zleceniobiorca za właściwe wykonanie umowy otrzyma wynagrodzenie brutto w wysokości.....zł (słownie). określone na podstawie kalkulacji: stawka za godzinęzł. x maksymalna szacowana liczba godzin pracy
3. Ze strony Zleceniodawcy nadzór nad sprawami organizacyjnymi i technicznymi związanymi z realizacją zadania określonego w ust. 1 pełni

§ 2

1. Protokolarnego odbioru wykonania umowy, z potwierdzeniem liczby przepracowanych godzin dokona osoba podpisująca umowę / Pan/Pani* terminie do 3 dni roboczych od ustalonego terminu realizacji umowy.
2. W dniu podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń, Zleceniobiorca wystawi Zleceniodawcy rachunek lub fakturę, które będą stanowić podstawę do wypłaty wynagrodzenia.
3. Wypłata wynagrodzenia nastąpi nie później niż 18 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dostarczono rachunek lub fakturę do Zleceniodawcy.
4. **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

W razie zwłoki Zleceniobiorcy w wykonaniu zlecenia Zleceniodawca może umowę rozwiązać w trybie natychmiastowym, bez prawa Zleceniobiorcy do wynagrodzenia.

§ 4

Postanowienia dodatkowe:

§ 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 obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym przyjmuje się, że ustalone w § 1 ust. 2 wynagrodzenie obejmuje całość należnych składek na ubezpieczenie społeczne również te, które zwykle finansowane są przez Zleceniodawcę .

§ 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

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Do spraw nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa w szczególności Kodeksu cywilnego.
3. Wszelkie spory dotyczące realizacji umowy będą rozwiązywane w pierwszej kolejności na drodze polubownej.

4. Do rozstrzygania sporów nierozwiązanych na drodze polubownej właściwym sądem jest sąd powszechny właściwy miejscowo dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 8

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 załącznik nr 6 do zarządzenia nr 39/2008 Rektora PW, z dnia 8 lipca 2008 r.

** 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 dniu..... 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 *)

RACHUNEK1170/Z...../.....

Dla Politechniki Warszawskiej – Wydział Zarządzania za

wykonane w ramach umowy zlecenia nr1170/Z.../201..... z dnia

wykonywanej w dniu

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 nr1170/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 wymiary 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

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 zawiadomię 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) DANYCH¹⁾

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 PESEL²⁾

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL²⁾

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)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZENIA

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

ubezpieczenia³⁾

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)

IX. 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)

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

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

XI. 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. Pieczętka płatnika

XII. 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

XIII. ADNOTACJE ZUS

⁷⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIU/A.

2) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS

ZUA

strona: 1

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ /
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 identyfikacyjnych¹⁾)

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 PESEL²⁾

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 UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL²⁾

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 ubezpieczenia³⁾

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 UBEZPIECZEŃ⁴⁾

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

¹⁾W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

²⁾Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³⁾Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

⁴⁾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 PLATNIKA 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 PESEL¹⁾

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 PESEL¹⁾

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

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 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

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

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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