

ANKIETA - ZLECENIE

Do **umowy zlecenia** Nr..... zawartej przez **DZIAŁ KADR i PŁAC**
dnia na okres od..... do

dla osób nie będących pracownikami SPWSZ w Szczecinie

NAZWISKO **IMIĘ**

I. DANE IDENTYFIKACYJNE

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. DANE EWIDENCYJNE :

Drugie imię Nazwisko rodowe

Obywatelstwo

Imię ojca..... **Imię i nazwisko rodowe matki**.....

III. TYTUŁ UBEZPIECZENIA (zaznaczyć znakiem x właściwy kwadrat):

Mam ustalone prawo do:

Emerytury

--	--

Renty

--	--

TAK NIE

TAK NIE

Nr emerytury / renty:

Data przyznania emerytury / renty

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności..... data przyznania st. niepełnosprawności

IV. ADRES (adres zamieszkania i do korespondencji wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania).

	Zameldowania	Zamieszkania	Korespondencyjny
Kod
Miejscowość
Gmina
Powiat
poczta
Ulica
Nr domu
Nr mieszkania
Nr tel./fax

V. ODDZIAŁ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Kod Oddziału NFZ.....

VI. DANE O ZATRUDNIENIU

(zaznaczyć x wszystkie dotyczące kwadraty):

Emeryt / rencista		
Pracownik innego zakładu, którego podstawa składek na ubezpiecz. społeczne jest równa lub wyższa od 1 500, 00 zł miesięcznie		
Pracownik innego zakładu, którego podstawa składek na ubezpiecz. społeczne jest niższa niż 1 500,00 zł miesięcznie		
Osoba wykonująca umowę zlecenia u zleceniodawcy innego niż SPWSZ		
Student lub uczeń szkoły ponadpodstawowej nie mający 26 lat		
Student lub uczeń szkoły ponadpodstawowej mający ponad 26 lat		
Osoba prowadząca pozarol. dział. gospodarczą	opłacająca składki na ubezpiecz. emerytalne i rentowe	
	nie opłacająca składek na ubezpiecz. emerytalne i rentowe	
Bezrobotny(a)	zarejestrowany w Urzędzie Pracy	
	nie zarejestrowany w Urzędzie Pracy	
Osoba przebywająca na urlopie wychowawczym		
Osoba pobierająca zasiłek macierzyński		
Inny (wpisać jaki):		

Uwaga : osoby, których łączna podstawa składek na ubezpieczenie emer.-rent. nie przekracza 1.500 zł. proszone są o kontakt ze Specjalistą ds. Płac, tel. 091- 8139052

VII. UBEZPIECZENIA DOBROWOLNE (zaznaczyć znakiem x właściwy kwadrat) :

Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie emerytalno-rentowe
Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAK NIE

VIII. MIEJSCE WYKONYWANIA UMOWY (zaznaczyć znakiem x właściwy kwadrat) :

Praca wykonywana w siedzibie lub miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy	<input type="checkbox"/>
Praca wykonywana poza siedzibą lub miejscem prowadzenia działalności zleceniodawcy	<input type="checkbox"/>

IX. OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY :

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję się powiadomić zleceniodawcę o wszelkich zmianach do ww. ankiety.

.....
miejsowość i data

.....
podpis zleceniobiorcy

X. UPOWAŻNIENIE

Upoważniam pracownika Działu Kadr i Płac SPWSZ do podpisania w moim imieniu dokumentów związanych z zarejestrowaniem i wyrejestrowaniem z ubezpieczeń społecznych i/lub zdrowotnych.

.....
podpis osoby upoważniającej

UWAGA: należy wypełnić czytelnie wszystkie kolejne punkty ankiety. Nie wypełnienie choćby jednego spowoduje zwrot ankiety i przesunięcie terminu zawarcia umowy.

Wszelkie zmiany mające wpływ na ubezpieczenie należy niezwłocznie zgłosić w Dziale Kadr i Płac.