FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DOKTORANTA ( Szkoła doktorska)

DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko  |   |
| Imiona |  |
| Data urodzenia  |  |
| PESEL |  |
| Adres zameldowania | miejscowość  |
| kod pocztowy  |
| ulica  |
| nr domu  | nr mieszkania |
| Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania) | miejscowość |
| kod pocztowy |
| ulica |
| nr domu | nr mieszkania |
| Adres urzędu skarbowego |  |
| Nr konta bankowego |  |
| Obywatelstwo |  |
| Oddział NFZ  |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Zatrudniony na podstawie(zaznaczyć właściwe – dotyczy innego podmiotu niż Akademia Muzyczna w Bydgoszczy) | 🞏 umowa o pracę 🞏 umowa zlecenie (zawarta od ………………………, do ………………………,🞏 działalność gospodarcza |
| Podlegam z tego tytułu ubezpieczeniu zdrowotnemu  | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu niż powyższe. | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Wnioskuję o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym na koszt własny | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Pobieram rentę  | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Pobieram emeryturę | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe, jeżeli zleceniobiorca posiada orzeczenie należy dołączyć kopię, która stanowi załącznik do Formularza) | 🞏 orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności🞏 orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności🞏 orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności🞏 NIE POSIADAM ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |
| Załączam orzeczenie o niepełnosprawności | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| W przypadku pobierania renty bądź emerytury wnioskuję o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym. | 🞏 TAK 🞏 NIE |

Dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

**Oświadczam, że zobowiązuję się niezwłocznie poinformować na piśmie Dział Nauczania o każdej zmianie w stosunku do powyższych danych (a szczególnie o zmianie dot. ubezpieczenia zdrowotnego.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data i podpis Doktoranta