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