



nr legitymacji/albumu \_\_\_\_\_ data rozpoczęcia nauki ....., planowana data zakończenia nauki .....

Należy załączyć kserokopię legitymacji uczniowskiej/studenckiej lub zaświadczenia z Uczelni o statusie studenta.

#### 4. Rodzina

Członkowie rodziny: *Jeżeli członek rodziny powinien zostać zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego, proszę o wypełnienie poniższej tabeli (zgłoszenie członków rodziny następuje tylko w sytuacji, gdy zleceniobiorca podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu).*

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego <b>wpisać: Tak lub Nie</b>	Miejsce zamieszkania	PESEL	Rodzaj stopnia niepełnosprawności

#### 5. Inne źródła przychodu/miejsca zatrudnienia

W okresie wykonywania umowy cywilnoprawnej osiągam przychód z innego źródła: Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)

(jeśli „Tak”, uzupełnić poniższą tabelkę)

Nazwa	rodzaj przychodu: umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, działalność gospodarcza, inne źródło (wpisać właściwy)	Okres, na jaki zawarto umowę (w przypadku umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej) <b>Wpisać: od kiedy do kiedy (daty)</b>	Miesięczny przychód co najmniej 4266,00 zł brutto: <b>wpisać Tak lub Nie</b>	Wymiar etatu określony w umowie (w przypadku umowy o pracę)

O wszelkich zmianach w zatrudnieniu, związanych ze zmniejszeniem miesięcznej kwoty wynagrodzenia poniżej minimalnego wynagrodzenia oraz korzystaniem z urlopu bezpłatnego, macierzyńskiego, czy wychowawczego, a przede wszystkim o ustaniu zatrudnienia, zobowiązuje się poinformować Zleceniodawcę w ciągu 7 dni kalendarzowych od zaistniałej zmiany.

#### 6. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

Proszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

(wpisać TAK lub NIE) \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_

(objęcie dobrowolnym ub. chorobowym, może nastąpić, gdy zlecenie jest tytułem z którego obowiązkowo odprowadzane są składki na ub. emerytalne i rentowe. Kwota ub. chorobowego jest potrącana z wynagrodzenia zleceniobiorcy w wysokości 2,45% wynagrodzenia brutto)

**O wszelkich zmianach w w/w danych poinformuję Zleceniodawcę w ciągu 7 dni kalendarzowych od zaistniałej zmiany.**

**Oświadczam, że ww. dane są prawdziwe, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis)

#### OŚWIADCZENIE – dla celu wysyłki deklaracji PIT-11 drogą elektroniczną

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i upoważniam Polskie Towarzystwo Diabetologiczne do przesłania informacji o dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11 na adres email wskazany w kwestionariuszu osobowym.

.....  
(data i czytelny podpis Zleceniobiorcy)