

UMOWA ZLECENIA1170/Z...../201.....

PSP/zlecenie*

Zawarta w dniu 20... r. w Warszawie pomiędzy Politechniką Warszawską – Wydziałem Zarządzania, ul. Narbutta 85, 02-524 Warszawa, NIP 525-000-58-34 zwaną dalej „Zleceniodawcą”, reprezentowaną przez dr hab. inż. Janusz Zawila-Niedźwiecki, prof. PW

a

..... PESEL _ _ _ _ _ zamieszkała /y

(imię, nazwisko)

(adres zamieszkania)

zwaną/ym dalej „Zleceniobiorcą”

§ 1

Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania z dołożeniem należytej staranności:.....

§ 2

1. Zlecenie będzie/nie będzie* wykonywane na terenie Zleceniodawcy.
2. Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia.....do dnia
3. Zleceniobiorca za właściwe wykonanie umowy otrzyma wynagrodzenie brutto w wysokości.....zł (słownie). określone na podstawie kalkulacji: stawka za godzinęzł. x szacowana maksymalna liczba godzin pracy
Wynagrodzenie to obejmuje również wynagrodzenie z tytułu przeniesienia majątkowych praw autorskich.
4. Zleceniobiorca po zakończeniu każdego miesiąca realizacji umowy jest zobowiązany do zgłoszenia liczby godzin przepracowanych w danym miesiącu w terminie do jednego dnia roboczego po zakończeniu miesiąca.
5. Protokolarnego odbioru wykonania umowy/częściowego wykonania umowy*, z potwierdzeniem liczby przepracowanych godzin, dokona osoba podpisująca umowę /Pan/ Pani * w terminie do 3 dni roboczych po zakończeniu danego miesiąca.
6. W przypadku nieświadczenia pracy w danym miesiącu Zleceniobiorca złoży Zleceniodawcy oświadczenie o nieświadczeniu pracy, w terminie do jednego dnia roboczego po zakończeniu danego miesiąca.
7. W dniu podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń, Zleceniobiorca wystawi Zleceniodawcy rachunek lub fakturę który będzie stanowić podstawę do wypłaty wynagrodzenia.
8. Wypłata wynagrodzenia nastąpi nie później niż 18 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dostarczono rachunek lub fakturę do Zleceniodawcy .
9. Wynagrodzenie będzie wypłacone jednorazowo /w miesięcznych ratach wynikających z przepracowanej liczby godzin.*
10. W trakcie realizacji pracy objętej niniejszą umową Zleceniobiorca wypełnia/nie wypełnia * arkusz rozliczenia czasu pracy.
11. **Oprócz wynagrodzenia, Zleceniobiorca otrzyma zwrot kosztów podróży oraz świadczenie pieniężne na pokrycie kosztów pobytu ustalone 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 z realizacją umowy w tym koszty podróży i koszty pobytu. *

§ 3

Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Zleceniodawcy, o których dowiedział się w związku z wykonywaniem umowy zlecenia (Informacje poufne). Za Informacje poufne, o których mowa w zdaniu poprzedzającym uważa się wszelkie informacje dotyczące Zleceniodawcy, niezależnie od formy i sposobu ich wyrażenia oraz stopnia ich opracowania, pozyskane przez Zleceniobiorcę w związku z realizacją niniejszej umowy. Informacją poufną są w szczególności wszelkie informacje, technologie prawnie zastrzeżone (w tym know-how, patenty, licencje, prawa autorskie) a nadto informacje na temat działalności Zleceniodawcy oraz jego kontrahentów i współpracowników.

§ 4

W razie zwłoki Zleceniobiorcy w wykonaniu zlecenia lub jego części, Zleceniodawca może umowę rozwiązać bez zachowania okresu wypowiedzenia oraz bez prawa Zleceniobiorcy do wynagrodzenia.

§ 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 obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi, przyjmuje się, że ustalone w § 2 ust. 3 wynagrodzenie obejmuje całość należnych składek na ubezpieczenia społeczne również te, które zwykle finansowane są przez Zleceniodawcę.
3. Zleceniobiorca ma obowiązek powiadomić na piśmie Zleceniodawcę o zmianie stanu faktycznego w obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie społeczne. Za skutki wynikłe z niedopełnienia tego obowiązku odpowiada Zleceniobiorca.

§ 6

1. Jeżeli w wyniku realizacji umowy powstanie utwór w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych, z chwilą wydania przedmiotu umowy Zleceniobiorca przenosi na Zleceniodawcę autorskie prawa majątkowe do nieograniczonego w czasie korzystania i rozporządzania w kraju i za granicą, oraz zezwala na wykonywanie przez Zleceniodawcę autorskiego prawa zależnego, do powstałych w wyniku realizacji umowy utworów.
2. Dzieło objęte niniejszą umową, zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych jest przedmiotem praw autorskich.
3. Przeniesienie autorskich praw majątkowych, o których mowa w ust. 1 obejmuje następujące pola eksploatacji: utrwalenie (sporządzenie egzemplarza, który mógłby służyć publikacji utworu), digitalizację, wprowadzenie do pamięci komputera, sporządzenie wydruku komputerowego, zwielokrotnienie poprzez druk lub nagranie na nośniku magnetycznym w postaci elektronicznej, wprowadzenie do obrotu, w tym w postaci wydawnictwa książkowego, dziełowego, w tym również w formie wymiennokartkowej aktualizowanej, wydawnictwa prasowego, w formie zapisu elektronicznego na dowolnym nośniku, nieodpłatne wypożyczenie lub udostępnienie zwielokrotnionych egzemplarzy, wprowadzanie w całości lub w części do sieci komputerowej Internet w sposób umożliwiający transmisję odbiorczą przez zainteresowanego użytkownika łącznie z utrwalaniem w pamięci RAM - w oryginalnej wersji językowej i w tłumaczeniu na języki obce wraz z prawem do dokonywania opracowań, przemontowań i zmian układu, na terytorium Polski oraz poza jej granicami.
4. Zleceniodawca wyraża zgodę na dokonywanie zmian, adaptacji lub aktualizacji utworów oraz na modyfikowanie, adaptowanie i łączenie utworów z innymi utworami, a także na zastosowanie, eksploatację i zbycie takich opracowań na polach eksploatacji określonych w ust. 3 bez konieczności uzyskiwania dodatkowej zgody.
5. Zleceniobiorca odpowiada za naruszenie dóbr osobistych lub praw autorskich i pokrewnych osób trzecich, spowodowanych w trakcie lub w wyniku realizacji usług objętych umową lub dysponowania przez Zleceniodawcę wytworzonymi utworami, a w

przypadku skierowania z tego tytułu roszczeń przeciwko Zleceniodawcy, Zleceniobiorca zobowiązuje się do całkowitego zaspokojenia roszczeń osób trzecich oraz do zwolnienia Zleceniodawcy z obowiązku świadczenia z tego tytułu a także zwrotu Zleceniodawcy wynagrodzenia i poniesionych z tego tytułu kosztów i utraconych korzyści.

§ 7

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.

§ 8

Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron, za 14 - dniowym wypowiedzeniem lub za porozumieniem stron.

§ 9

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Do spraw nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa w szczególności Kodeksu cywilnego oraz ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych.
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.

§ 10

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:

- 1) „kartę instruktażu stanowiskowego dla osoby współpracującej i praktykanta”, która stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia nr 38/2015 Rektora PW z dnia 23 września 2015 r. w sprawie zasad i trybu przeprowadzania szkoleń w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników, doktorantów oraz osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych, stażystów i praktykantów
- 2) „oświadczenie o zapoznaniu z ryzykiem zawodowym wynikającym z pracy na stanowisku” lub „oświadczenie o zapoznaniu z zagrożeniami dla bezpieczeństwa i zdrowia podczas pracy na terenie” zgodnie z załącznikami odpowiednio nr 5 i nr 6 zarządzenia nr 39/2008 Rektora PW z dnia 8 lipca 2008 r.
- 3) kserokopię orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania prac objętych umową (zgodnie z § 3 niniejszego zarządzenia)

* 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 komisyjnego odbioru dzieła

(dotyczy rezultatów umowy o dzieło: z prawami autorskimi i bez praw autorskich)

wyniku umowy1170/Z...../201.....

zawartej w dniu , przedmiotem której było :

.....

.....

sporządzony przy udziale Wykonawcy

Zleceniobiorca oświadcza, że w terminie od doprzepracował Godzin

1. Skład komisji:

przewodniczący komisji:.....

członkowie:

1)

2)

3)

2. Wykonawca przekazuje dzieło/część dzieła* w formie

3. Ustalenia komisji:

1) Wykonawca przekazuje całość/część* dzieła o wartości zł.

2) praca została/nie została* wykonana zgodnie z umową.

3) poziom wykonania pracy ocenia się następująco:

4) praca nie wymaga/ wymaga * dokonania poprawek – uzupełnień:

.....

.....

w terminie do dnia

5) potrzeba poprawek – uzupełnień wynika z:

6) komisja wnioskuję o rozliczenie finansowe całości/części*) pracy.

Na tym protokół zakończono i podpisano:

przewodniczący komisji:.....

członkowie:

1.

2.

3.

Wykonawca:

.....

Protokół podpisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Wykonawcy i dwa dla Zamawiającego.

Warszawa, dnia

* wybrać właściwe

Załącznik nr 11 do zarządzenia
nr 3 /2017 Rektora PW

Warszawa, dnia

Dane dotyczące podatnika:

Nazwisko

Imię

PESEL / NIP

Nr paszportu ^{*)}

RACHUNEK AUTORSKI1170/Z...../.....

Dla Politechniki Warszawskiej – Wydział Zarządzania - za
..... wykonane w ramach
umowy zlecenia.....1170/Z...../201..... z dnia wykonywanej w okresie od
do
praca objęta niniejszą umową zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych
podlega prawom autorskim, a koszty uzyskania przychodu wynoszą 50 % w 100%

Honorarium wynosi: 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

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym.

.....
podpis pełnomocnika Kwestora

* dotyczy osób nieposiadających dowodu osobistego
** wybrać właściwe

Oświadczenie o nieświadczeniu pracy

Dotyczy umowy zlecenia nr1170/Z..../201..... z dnia zawartej z
Politechniką Warszawską – Wydziałem Zarządzania

Imię i nazwisko PESEL

Oświadczam, że nie świadczyłam/łem pracy w (miesiąc i rok) w ramach ww.
umowy.

.....
Data

.....
Podpis Zleceniobiorcy

.....
Data i podpis osoby podpisującej umowę zlecenia/ osoba upoważniona do odbioru rezultatu umowy zlecenia

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 zawiadamie 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:	

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 wymiaru 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

(umowa zlecenia z prawami autorskimi – zawierana w przypadku jeżeli w wyniku realizacji umowy strony przewidują powstanie utworu w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych)

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)

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)

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)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS

ZZA

strona: 2

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO /
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH

IX. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
<div></div>	
03. Gmina / Dzielnica	
<div></div>	
04. Ulica	
<div></div>	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
<div></div>	
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
<div></div>	

X. 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
<div></div>	
03. Ulica	
<div></div>	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
<div></div>	
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
<div></div>	
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
<div></div>	
09. Adres poczty elektronicznej	
<div></div>	

XI. 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

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

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.

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 identyfikacyjnych)¹⁾

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

POLITECHNIKA WARSZAWSKA

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
09. Adres poczty elektronicznej	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

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 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 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 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. 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.