

nr ewidencyjny pracownika SUM
lub tytuł ubezpieczenia²

Załącznik nr 2
do Umowy na przeprowadzenie zajęć dydaktycznych
na studiach podyplomowych,
– z osobą fizyczną

.....dnia

do umowy na przeprowadzenie zajęć dydaktycznych na studiach podyplomowych, na kierunku

Umowa nr **SUM/KPO/**____/20____ z dnia____ r. dla Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w

Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice za wykonanie następujących prac: **przeprowadzenie**

zajęć dydaktycznych na studiach podyplomowych w charakterze wykładowcy –

.....**godziny wykładu** na kwotę złotych brutto:.....zł (słownie:.....00/100)

NAZWISKO i IMIE/IMIONA:

Data urodzenia _____ nr PESEL _____

Miejsce zamieszkania.....

ulica, nr domu

kod pocztowy, miejscowość, województwo

Urząd Skarbowy

dokładna nazwa Urzędu Skarbowego

Należność proszę:

przekazać na konto bankowe

nr rachunku bankowego

.....
data i podpis wystawcy rachunku

Oświadczenie Wykonawcy

o zrealizowanych godzinach dydaktycznych

Oświadczam, że:

- w miesiącu 20.....r. zrealizowałem/am godzin dydaktycznych,
– w miesiącu 20.....r. zrealizowałem/am godzin dydaktycznych,
– w miesiącu 20.....r. zrealizowałem/am godzin dydaktycznych,

.....
(data i podpis Wykonawcy)

Wypełnia Zamawiający

Potwierdzam fakt wykonania i odbiór czynności określonych w § 1 umowy bez zastrzeżeń:

.....
(data i podpis Prorektora, Dziekana, Kierownika Jednostki Organizacyjnej, Koordynatora Studiów)

Kwota do wypłaty:zł (słownie: złotych 00/100).

Sprawdzono pod względem merytorycznym:.....
(data i podpis Kierownika Jednostki organizacyjnej lub upoważnionego pracownika)

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym:
(data i podpis upoważnionego pracownika Działu Finansowo-Księgowego)

Pozycja kosztów:
(data i podpis upoważnionego pracownika Działu Kosztów)

ZATWIERDZAM

.....
KWESTOR

.....
KANCLERZ

O Ś W I A D C Z E N I E W Y K O N A W C Y - A U T O R A
do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego

dotyczącego umowy nr z dnia
za okres, którego dotyczy oświadczenie od do
(wypełnia Wykonawca-Autor niebędący pracownikiem SUM)

Ja niżej podpisany/a
(nazwisko i imię)

1. Jestem/ nie jestem¹ zatrudniony na umowę o pracę, (jeżeli tak, podać nazwę i adres zakładu pracy)

.....
w okresie, której **przebywam/ nie przebywam¹** na urlopie: bezpłatnym¹, macierzyńskim¹, wychowawczym¹
od..... do oraz moje miesięczne wynagrodzenie brutto w w/w zakładzie jest:

- ☐ **niższe** niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę, tj. w kwocie.....
☐ **równe lub wyższe** niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę

2. Zawarłem/ nie zawarłem¹ umowę zlecenie z tytułu, której powstał obowiązek ubezpieczenia emerytalnego i rentowego

.....
(należy podać nazwę i adres zleceniodawcy oraz na jaki okres została zawarta umowa)
oraz moje miesięczne wynagrodzenie brutto płatne (data wypłaty) z w/w umowy jest:

- ☐ **niższe** niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę, tj. w kwocie.....
☐ **równe lub wyższe** niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę

3. Mam/ nie mam¹ ustalone prawo do **emerytury/ renty¹** (jeżeli tak, należy podać Oddział ZUS).....

4. Jestem/ nie jestem¹ osobą niepełnosprawną, (jeżeli tak, należy podać stopień niepełnosprawności)

5. Jestem/ nie jestem¹ uczniem szkoły ponadpodstawowej /studentem szkoły wyższej¹
i nie mam ukończonych 26 lat oraz posiadam ważną legitymację szkolną/studencką¹

6. Jestem/ nie jestem¹ doktorantem szkoły doktorskiej i pobieram stypendium doktoranckie w wysokości:

- ☐ **niższe** niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę, tj. w kwocie.....
☐ **równe lub wyższe** niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę

7. Prowadzę/ nie prowadzę¹ pozarolniczą działalność gospodarczą i osobiście odprowadzam składki na ubezpieczenia
zdrowotne / społeczne i zdrowotne¹:

- ☐ **od podstawy niższej niż 60%** prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, przyjętego do
ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na rok
☐ **od podstawy równej lub wyższej niż 60%** prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego,
przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na rok

**8. Prowadzona działalność gospodarcza obejmuje/ nie obejmuje¹ zakres związany z edukacją w szkolnictwie
wyższym:**

(zaznaczyć właściwy kod PKD)

85.42 85.41 85.59 ☐ inny , wskaż jaki.....
☐ ☐ ☐ ☐

UWAGA: Dodatkowo Wykonawca-Autor może przystąpić do dobrowolnych ubezpieczeń społecznych, o które zostanie pomniejszona
kwota należna za wykonane czynności:

- ☐ wnioskuję o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym
☐ wnioskuję o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się do poniesienia wszelkich konsekwencji z tytułu zobowiązań
publiczno-prawnych wynikających z podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym w złożonym oświadczeniu. W przypadku zmiany danych podanych
w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym fakcie Zleceniodawcę.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wykonawcy-Autora)

¹ niepotrzebne skreślić