

nr ewidencyjny pracownika SUM
lub tytuł ubezpieczenia²

Załącznik nr 2
do Umowy o przygotowanie materiałów dydaktycznych
i przeprowadzenie zajęć na studiach podyplomowych – z osobą fizyczną

.....dnia

do umowy o przygotowanie materiałów dydaktycznych i przeprowadzenie zajęć dydaktycznych na studiach podyplomowych na kierunku

Umowa nr _____ z dnia _____

dla Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice

za wykonanie następujących prac: **przygotowanie materiałów dydaktycznych i przeprowadzenie zajęć dydaktycznych na studiach podyplomowych** na łączną kwotę złotych brutto:zł
(słownie:złotych 00/100) w tym za:

1) przeprowadzenie zajęć dydaktycznych na kwotę złotych brutto:zł (słownie: złotych/100),

2) honorarium na kwotę złotych brutto:zł (słownie:złotych
...../100),

NAZWISKO i IMIE/IMIONA: _____

Data urodzenia _____ nr PESEL _____

Miejsce zamieszkania.....

ulica, nr domu

kod pocztowy, miejscowość

województwo

powiat

gmina

Urząd Skarbowy

dokładna nazwa Urzędu Skarbowego

Należność proszę:

7

przekazać na konto bankowe

[illegible]

nr rachunku bankowego

data i podpis wystawcy rachunku

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,

(wpisać ilość godzin)

o korzystaniu z praw autorskich (podpisać w przypadku korzystania z praw autorskich)

Oświadczam, że wykonane przeze mnie czynności są przedmiotem prawa autorskiego wobec spełnienia kryteriów z art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 4.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (*tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1191 z późn. zm.*) i rozporządzam tymi prawami oraz jako twórca kwalifikuję niniejszą pracę do działalności korzystającej z 50% kosztów uzyskania i ponoszę pełną odpowiedzialność za jej ocenę, ewentualne konsekwencje podatkowe (w tym również odsetki) w razie stwierdzenia przez Urząd Skarbowy dowodów przeciwnych.

Wypełnia Zamawiający

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

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

Potwierdzam odbiór utworu:

(data i podpis osoby upoważnionej przez Zamawiającego)

Kwota do wypłaty: brutto (słownie:)

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