

MEDICA POLAND

Projekt pn. „Budowa doświadczalnego ośrodka Medica Poland – Centrum Rehabilitacji z wykorzystaniem termowizji jako nowej metody badawczej w dziedzinie rehabilitacji medycznej” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Rozwoju Polski Wschodniej Numer Umowy POPW.01.03.00-06-008/11-00

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

Nazwisko i imię (imiona)	
Nazwisko	
Imiona rodziców	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Telefon kontaktowy	
PESEL	
NIP	
Nr dowodu osobistego / przez kogo wydany	
NFZ/Oddział w	
Bank i nr konta	
Urząd Skarbowy	

Oświadczam, że:

- jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia* w _____
a moje wynagrodzenie miesięczne brutto: jest wyższe od minimalnego wynagrodzenia,
- jestem/nie jestem* studentką/em do 25 roku życia,
- jestem/nie jestem* objęta/y odrębnymi przepisami w zakresie zaopatrzenia emerytalnego lub ubezpieczenia społecznego,
- jestem/nie jestem* uprawniony/a do emerytury*, renty*, renty rodzinnej*, (jeżeli tak podać datę oraz znak decyzji oddziału ZUS) _____
- Jestem/ nie jestem* osobą bezrobotną z prawem/ bez prawa* do zasiłku dla bezrobotnych
- Wnoszę/nie wnoszę* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.
- Wnoszę/nie wnoszę* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

*niepotrzebne skreślić

W przypadku zmiany w zakresie zatrudnienia zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia płatnika składek o zaistniałym fakcie.

Upoważniam płatnika składek do podpisywania w moim imieniu druków zgłoszeniowych i wyrejestrowania z ubezpieczenia ZUS.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych stosownie do postanowień ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych D.U. Nr 133 poz. 833 z późniejszymi zmianami.

W przypadku zmiany jakichkolwiek danych zobowiązuje się do poinformowania w formie pisemnej.

MIEJSCOWOŚĆ DATA

PODPIS