**ZLECENIOBIORCA:** (miejscowość i data)

**Nazwisko**:

**Imię**:

**Pesel**:

**Adres**:

**Urząd Skarbowy**:

**RACHUNEK**

**Dla: Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1,   
30-705 Kraków za przeprowadzenie zajęć z przedmiotu ,,PRAKTYCZNE NAUCZANIE KLINICZNE,,**

**Zajęcia przeprowadzone zostały w okresie od:** **do:** **na kwotę:**  **(słownie złotych:** **)**.

**Przelew na konto:**

**podpis Zleceniobiorcy**

**Sprawdzono zgodność z umową**

**ROZLICZENIE UMOWY ZLECENIE**

1. Wynagrodzenie brutto zł **Składki na ubezpieczenie**:

2. PPK pracodawca zł 1. Emerytalne: zł

3. Koszty uzyskania % zł 2. Rentowe: zł

4. Podstawa opodatkowania zł 3. Chorobowe: zł

5. Podatek wg stawki 17 % zł 4 . Zdrowotne: …….% zł

6. PPK pracownik zł

7. Wynagrodzenie netto: zł

**Słownie złotych**:

**Data Sporządził Zatwierdzono do wypłaty**

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

**Nazwisko**:   
**Imiona**:

**Data i miejsce urodzenia**:

[\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_]

**Nr PESEL**

**Miejsce zamieszkania**:

**Ulica**  **nr domu**  **nr mieszkania**

**kod pocztowy**  **miejscowość**   **województwo**

**Urząd Skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania**

**Jako Zleceniobiorca umowy zawartej na okres od dnia**   **do**  **oświadczam, że**:

1. Jestem/nie jestem\* zatrudniony na podstawie umowy o pracę u innego pracodawcy i osiągam wynagrodzenie wyższe / niższe / równe\* niż minimalne wynagrodzenie za pracę **(od 01.07.2024 r. – 4 300,00 złotych brutto).**
2. Jestem / nie jestem\* zarejestrowany/a jako bezrobotny/a, pobieram / nie pobieram\* zasiłek dla bezrobotnych
3. Prowadzę / nie prowadzę\* działalność gospodarczą:

* z tytułu, której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia\*
* z tytułu, której opłacam standardowe składki – podstawa wynosząca co najmniej 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego\*

1. Jestem / nie jestem\* emerytem/rencistą.
2. Jestem / nie jestem\* uczniem szkoły ponadpodstawowej/ studentem i nie ukończyłem 26 lat.
3. Przebywam / nie przebywam\* na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim/wychowawczym\* od   
   do .
4. Jestem / nie jestem\* objęty/a obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu umowy zlecenia zawartej   
   w okresie od do i łączna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe (uzyskane w danym miesiącu) jest równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę.
5. Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowieowszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia, **w terminie 3 dni od dnia wystąpienia**.
6. **Oświadczam, że jeżeli Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie z tytułu błędnego wypełnienia oświadczenia poniesie konsekwencje finansowe, zobowiązuję się do ich pokrycia   
   w pełnej wysokości.**
7. **Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych.**

***data i podpis Zleceniobiorcy***

*\*niewłaściwe skreślić*

**Wykaz przeprowadzonych godzin zajęć klinicznych dla studentów VI roku  
na kierunku Lekarskim z „Praktyczne nauczanie kliniczne”**

**Nazwisko i imię:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **nr grupy** | **Liczba studentów** | **Liczba dni** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |
| **Łączna liczba godzin** | | | |  |

**podpis Prowadzącego zajęcia**

**Akceptuję wykaz**

**Czytelny podpis osoby upoważnionej**

**(Pracownik Dziekanatu)**