

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 bruttozł

Składki na ubezpieczenie:

2. PPK pracodawcazł

1. Emerytalne:zł

3. Koszty uzyskania%zł

2. Rentowe:zł

4. Podstawa opodatkowaniazł

3. Chorobowe:zł

5. Podatek wg stawki 17 %zł

4. Zdrowotne:%zł

6. PPK pracownikzł

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 01.01.2026 r. – 4 806,00 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*
4. Jestem / nie jestem* emerytem/rencistą.
5. Jestem / nie jestem* uczniem szkoły ponadpodstawowej/ studentem i nie ukończyłem 26 lat.
6. Przebywam / nie przebywam* na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim/wychowawczym* od do
7. 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.
8. Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia, w terminie 3 dni od dnia wystąpienia.
9. 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.
10. 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)

