Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr /2017

Marszałka Województwa Warmińsko – Mazurskiego

z dnia………………………...

str. 1 z 2

**Oświadczenie do celów podatkowych oraz ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego STYPENDYSTY SPORTOWEGO**

do umowy stypendialnej znak: ................................................................ z dnia .............................................................

NAZWISKO I IMIONA .......................................................................................................

PESEL  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

DATA I MIEJSCE URODZENIA .............................................................................................

NAZWISKO RODOWE ........................................................................................................ OBYWATELSTWO ...............................................

Adres zameldowania: ulica............................... nr domu............ nr mieszkania........... kod....................... miejscowość...................................poczta............................................ powiat……………………. gmina............................... województwo .................................. kraj....................................

Adres zamieszkania\*: ulica........................... nr domu............ nr mieszkania........... kod....................... miejscowość....................................poczta............................................. powiat……………………. gmina............................... województwo .................................. kraj....................................

Adres do korespondencji\*\*: ulica........................... nr domu............ nr mieszkania........... kod....................... miejscowość....................................poczta............................................ powiat……………………. gmina............................... województwo .................................. kraj....................................

**Oddział NFZ** ..........................................................................................................

Urząd Skarbowy (adres) ................................................................................................

**Rachunek bankowy**

Numer rachunku……………………………………………………………………………………………………………………….

IBAN………………………….SWIFT (BIC)…………………………………*(dotyczy rachunków bakowych poza granicami kraju)*

*Dotyczy obcokrajowców:*

*Rodzaj numeru identyfikacyjnego………………………………………………………………………………………………*

*Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość………………………………………………………………………*

*Kraj wydania dokumentu tożsamości………………………………………………………………………………………….*

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr /2017

Marszałka Województwa Warmińsko – Mazurskiego

z dnia………………………...

str. 2 z 2

1. Czy jest Pan/Pani uczniem/studentem TAK/NIE\*\*\*
2. Czy otrzymuje Pan/Pani stypendium sportowe z innego źródła TAK/NIE\*\*\*

Jeśli TAK to w jakim okresie od ……………..……… do …………………….. *(dokładne daty!)*

1. Czy jest Pan/Pani zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę TAK/NIE\*\*\*
2. Czy jest Pan/Pani zatrudniony(a) na podstawie umowy zlecenie TAK/NIE\*\*\*

Jeśli TAK to czy opłacane są składki:

1. na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne TAK/NIE\*\*\*
2. tylko na ubezpieczenie zdrowotne TAK/NIE\*\*\*
3. Czy prowadzi Pan/Pani działalność gospodarczą TAK/NIE\*\*\*

Jeśli TAK to czy opłacane są składki:

1. na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne TAK/NIE\*\*\*
2. tylko na ubezpieczenie zdrowotne TAK/NIE\*\*\*
3. Czy jest Pan/Pani zarejestrowana w urzędzie pracy jako bezrobotny(a) TAK/NIE\*\*\*
4. Czy jest Pan/Pani zatrudniony(a) jako funkcjonariusz policji TAK/NIE\*\*\*
5. Czy jest Pan/Pani zatrudniony(a) jako żołnierz zawodowy TAK/NIE\*\*\*
6. Czy pobiera Pan/Pani rentę *(nie dotyczy socjalnej)* lub emeryturę TAK/NIE\*\*\*

Wnoszę/nie wnoszę**\*\*\*** o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowymi od dnia …………………………………………………………………………………………………………………… .

**(dotyczy wyłącznie rencistów lub emerytów)**

***Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o wszystkich zaistniałych zmianach.***

…………………………………………… …………………………………………………………………

data podpis stypendysty sportowego

\*/ wypełnić, jeśli jest inny niż adres zameldowania

\*\*/ wypełnić jeśli korespondencja ma być przesyłana na inny adres niż zamieszkania

\*\*\*/ niepotrzebne skreślić