**Załącznik nr 4**

**Kwestionariusz osobowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Nazwisko |  |
| **2.** | Imię, również drugie |  |
| **3.** | Nazwisko rodowe (kobiety) |  |
| **4.** | Imiona rodziców |  |
| **5.** | PESEL |  |
| **6.** | NIP |  |
| **7.** | Rodzaj i numer dokumentu tożsamości (dowód, paszport);  Przez kogo i kiedy wydany |  |
| **8.** | Data i miejsce urodzenia |  |
| **9.** | Obywatelstwo |  |
| **10.** | Oddział NFZ (dawna kasa chorych) |  |
| **11.** | Adres zameldowania: |  |
| **a.** | województwo |  |
| **b.** | powiat |  |
| **c.** | Kod |  |
| **d.** | miejscowość |  |
| **e.** | Gmina/dzielnica |  |
| **f.** | Ulica |  |
| **g.** | Nr domu |  |
| **h.** | Nr mieszkania |  |
| **12.** | Nr telefonu kontaktowego |  |
| **13.** | e-mail |  |
| **14.** | Adres korespondencyjny jeśli jest inny niż zameldowania |  |
| **15.** | Dokładny adres Urzędu Skarbowego |  |
| **16.** | Mam ustalone prawo do renty |  |
| **17.** | Mam ustalone prawo do renty SOCJALNEJ |  |
| **18.** | Mam ustalone prawo do emerytury |  |
| **19.** | Nr świadczenia i dokładny adres ZUS, wypłacającego rentę lub emeryturę |  |
| **20.** | Posiadam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności |  |
| **21.** | Posiadam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności |  |
| **22.** | Posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności |  |
| **23.** | Czas na jaki określono stopień niepełnosprawności |  |
| **24.** | Jestem zatrudniony: |  |
| **25.** | Nazwa i adres zakładu pracy |  |
| **26.** | Czy od wynagrodzenia odprowadzane są składki na ubezpieczenie społeczne? |  |
| **27.** | Wnoszę o dobrowolne objęcie mnie składkami na ubezpieczenie społeczne |  |
| **28.** | Wnoszę o dobrowolne objęcie mnie składkami na ubezpieczenie chorobowe |  |
| **29.** | Jestem studentem i posiadam ważną legitymację studencką |  |
| **30.** | Jestem zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna, poszukująca pracy |  |

Proszę o przekazywanie moich należności na rachunek bankowy:

Nr rachunku:

Oświadczam, że moje wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę jest wyższe lub równe płacy minimalnej.

*O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian. W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.*

Data i czytelny podpis