Załącznik nr 22 do zarządzenia nr 87 /2021 Rektora PW

Załącznik nr 2 do Regulaminu

**Kwestionariusz osobowy PZ-SAP**

Rejestracja / Zmiana (Nr osobowy SAP \_ \_ \_ \_ \_ \_ )

*Kwestionariusz należy wypełnić drukowanymi literami lub komputerowo*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | PESEL |  |
| Nazwisko rodowe |  | Kobieta (\*) |  |
| Imię / Imiona |  | Mężczyzna (\*) |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  | Kraj urodzenia |  |
| Obywatelstwo 1 |  | Obywatelstwo 2 |  | Tytuł naukowy /zawodowy  |   |
| Adres zamieszkania dla celów podatkowych  | Kraj: |  |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr mieszkania |  |
| Miejscowość |  | Kod |  | Poczta |  |
| Województwo/Region/Stan |  | Powiat |  | Gmina/Dzielnica |  |
| Adres do korespondencji – tylko w Polsce (jeżeli jest taki jak zamieszkania w pole obok wpisz „X”) |  |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr mieszkania |  |
| Miejscowość |  | Kod |  | Poczta |  |
| Województwo |  | Powiat |  | Gmina/Dzielnica |  |
| Dane dodatkowe adresu do korespondencji (np. firma) |  |
| e-mail |  | Telefon kontaktowy |  |
| Kod Oddziału NFZ: |  | Urząd skarbowy (pełna nazwa) |  |
| Polski numer rachunku bankowego do dokonywania przelewów: |  – – – – – –­– – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – |
| Posiadam uprawnienie do: (\*) | 1. Emerytury
 |  | 2. Renty  |  | Renta przyznana jest do dnia: |  |
| Numer świadczenia: |  | Organ wypłacający świadczenie |  | Adres:  |  |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności wydane na okres | Od: |  | Do: |  |
| Data wydania orzeczenia: |  | Rodzaj niepełnosprawności (\*) | Lekki  |  | Umiarkowany |  | Znaczny |  |
| Jestem (\*) | Studentem |  | Doktorantem |  | Uczelnia: |  | Nr albumu |  |
| Oświadczam, że jestem rezydentem Polski, a na Informacji o dochodach oraz pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11 jako identyfikator podatkowy proszę umieścić  | NIP(podać numer) | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  | PESEL |  |
| Dane uzupełniające dla nierezydentów | Imię matki |  | Imię ojca |  |
| Zagraniczny nr rachunku bankowego | Kod BIC (SWIFT): |
| Kraj banku |  | Nr IBAN: |  | Waluta przelewu |  |
| Paszport: Seria i numer |  | Kraj wydania: |  |  Data ważności: |  |
| Oświadczam, że jestem rezydentem (wpisać jakiego kraju) |  | Mój numer identyfikacji podatkowej TIN / ubezpieczenia |  |
| Wyrażam zgodę na otrzymywanie rocznej informacji podatkowej PIT/IFT w formie elektronicznej na podany wyżej adres e-mail (\*)- w tym przypadku niezbędne jest podanie adresu email i numeru telefonu komórkowego |  |
| Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu osobowym są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy. O wszelkich zmianach danych dotyczących powyższego kwestionariusza osobowego zawiadomię Dział Płac Politechniki Warszawskiej w ciągu 3 dni składając nowy kwestionariusz osobowy. Przyjmuję do wiadomości, że zmiany danych do PIT (IFT) muszą być złożone do 07.01 w roku jego wystawienia. |
| Data wypełnienia |  | podpis |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (\*) – ***Zaznaczyć właściwe pole wpisując „X”*** |  | Data przyjęcia i adnotacje służbowe: |