

1. NAZWISKO:

2. IMIĘ (imiona):

3. IMIONA RODZICÓW:

4. DATA I MIEJSCE URODZENIA:

NR PESEL: NIP

Województwo/gmina/dzielnica :

Miejscowość (kod pocztowy):

Ulica (nr domu i mieszkania):

Nr telefonu:.....

Urząd Skarbowy :

RACHUNEK DO UMOWY ZLECENIA z dnia

Praca wykonywana w okresie.....

dla Szpitala Grochowskiego im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o., ul. Grenadierów 51/59, 04-073 Warszawa

za:

Kwota złotych brutto

(słownie złotych:)

Zgodnie z załączonym sprawozdaniem z liczby przepracowanych godzin.

Wynagrodzenie proszę wypłacić (zaznaczam wybraną opcję):

1. przelewem na rachunek bankowy wskazany w oświadczeniu
2. przez kasę

OŚWIADCZAM, ŻE :

Zobowiązuję się powiadomić Zleceniodawcę o każdorazowej zmianie danych oraz o sytuacji zawodowej objętej treścią niniejszego oświadczenia. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że nieprawidłowe lub nieterminowe wypełnienie niniejszego dokumentu może spowodować nieprawidłowości w zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz opóźnić termin zapłaty.

Stwierdzam wykonanie pracy :

(podpis i pieczęć)

.....
(czytelny podpis wystawcy)

Stwierdzam zgodność z umową:

(podpis i pieczęć)