Załącznik nr 9

**Zamawiający:** Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN

 ul. R. Weigla 12 53-114 Wrocław

**Rachunek częściowy/końcowy\***

z dnia**……………… do umowy zlecenia** nr **……………………**

\* wybierz właściwe

**Wykonawca:**

PESEL: ............................................. lub NIP\*: ...............................................

\* wybierz właściwe

Nazwisko:...................................................... Imiona: ................................................................

Adres zamieszkania dla celów podatkowych: .............................................................................

Pełna nazwa i adres Urzędu Skarbowego właściwego dla miejsca zamieszkania: .......................................................................................................................................................

za wykonanie zgodnie z umową następujących prac:

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

na kwotę brutto …………………………zł

słownie złotych: …………………………………… zł 00/100

nr rachunku bankowego…………………………………………………………………………

.....................................................................

 data i podpis wystawcy rachunku / wykonawcy

Stwierdza się, że prace objęte powyższym rachunkiem zostały wykonane w godzinach pozasłużbowych, zgodnie z dwustronną umową i przyjęte w dniu ............................................

Sprawdzony pod względem merytorycznym rachunek zatwierdzam do wypłaty.

….............................................................................

 data i podpis kierownika zakładu/ grantu

Weryfikacja formalna (w przypadku gdy wystawcą rachunku i odbiorcą prac jest ta sama osoba):

 ………….………………….………………………

 data i podpis Kierownika Laboratorium / Dyrektora

**EWIDENCJA GODZIN PRACY ZLECENIOBIORCY (WYKONAWCY) ZA OKRES** ……………………………………..

do umowy zlecenia nr…………………………

nazwisko i imię wykonawcy ………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DZIEŃ MIESIĄCA** | **GODZINY PRACY** **OD ….…. DO ……..** | **ŁĄCZNA LICZBA GODZIN** | **PODPIS ZLECENIOBIORCY** |
| 1 | … | … | … |
| 2 | … | … | … |
| 3 | … | … | … |
| 4 | … | … | … |
| 5 | … | … | … |
| 6 | … | … | … |
| 7 | … | … | … |
| 8 | … | … | … |
| 9 | … | … | … |
| 10 | … | … | … |
| 11 | … | … | … |
| 12 | … | … | … |
| 13 | … | … | … |
| 14 | … | … | … |
| 15 | … | … | … |
| 16 | … | … | … |
| 17 | … | … | … |
| 18 | … | … | … |
| 19 | … | … | … |
| 20 | … | … | … |
| 21 | … | … | … |
| 22 | … | … | … |
| 23 | … | … | … |
| 24 | … | … | … |
| 25 | … | … | … |
| 26 | … | … | … |
| 27 | … | … | … |
| 28 | … | … | … |
| 29 | … | … | … |
| 30 | … | … | … |
| 31 | … | … | … |
|  | **RAZEM LICZBA GODZIN :** | … |  |

STAWKA GODZINOWA OKREŚLONA W UMOWIE ………..…… zł/h

KWOTA DO RACHUNKU (razem liczba godzin x stawka godzinowa ) ………………………………….

 …………………………………………………………

 data i podpis kierownika grantu

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

**(dotyczy wyłącznie osób niezatrudnionych w IITD PAN Wrocław) dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego**

z tytułu wykonywania umowy zlecenia zawartej na okres od .............................. do ................................

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że:

1. Jestem zatrudniony na postawie umowy o pracę /umowy zlecenia\*\* TAK/NIE\*\* u innego pracodawcy i wynagrodzenie w kwocie brutto wynosi: co najmniej minimalne wynagrodzenie/mniej niż minimalne wynagrodzenie\*\* określone przez MPiPS

Umowa zlecenie w innym zakładzie pracy została zawarta na okres od …..……...….. do ……......……..

1. Prowadzę/ nie prowadzę \*\* działalność gospodarczą.
2. Jestem / nie jestem \*\* uczniem/studentem\*\* i nie ukończyłem/am 26 lat.

 …......................................................................................... .................................

(podać nazwę uczelni, rodzaj studiów, ukończony semestr i numer legitymacji )\*\*\*

1. Jestem zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy TAK/NIE z prawem/bez prawa\*\* do zasiłku dla bezrobotnych.
2. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników TAK/NIE\*\*jeśli TAK to od dnia …………………

*(data powstania ubezpieczenia)*

1. Jestem emerytem/rencistą\* \* TAK/NIE*\*\*...................................................................... (nr świadczenia*)

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:

 wnoszę/ nie wnoszę\*\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym:

emerytalnym, rentowym TAK/NIE\*\*

chorobowym TAK/NIE\*\*

(jeżeli jest dobrowolne ubezpieczenie emerytalne i rentowe ubezpieczony nie może dobrowolnie przystąpić do ubezpieczenia chorobowego)

 \* Wybierz właściwe

\*\* Niepotrzebne skreślić

\*\*\* należy szczegółowo określić czy studia pierwszego stopnia (licencjackie, lub inżynierskie, czy

drugiego stopnia (magisterskie), czy jednolite magisterskie. Osoby, które uzyskały licencjat , a nie

rozpoczęły drugiego stopnia studiów nie są studentami dla celów zwolnienia ze składek ZUS.

Oświadczam, że powyższe oświadczenie wypełniłem(am) zgodnie z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 247 paragraf 1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję się do natychmiastowego zawiadomienia płatnika o zaistnieniu jakichkolwiek zmian .

Upoważniam pracownika Działu Spraw Osobowych IITD PAN Wrocław do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego w moim imieniu. (dotyczy osób niezatrudnionych w IITD PAN Wrocław)

....................................................................

data i podpis wystawcy rachunku