

Załącznik nr 3 do Konkursu na pełnienie funkcji

koordynatora regionalnego Poltransplantu

 UMOWA Reg/…/2021/…….

 zawarta w dniu: …………………

Stronami umowy są:

**Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant"** z siedzibą
w 02-001 Warszawa, Aleje Jerozolimskie 87, NIP 526-17-37-736; REGON 012146065 reprezentowanym przez Dyrektora dr. hab. n. med. Artura Kamińskiego, zwanego dalej „Zleceniodawcą” lub „Poltransplantem”

oraz **Panem/Panią** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

prowadzący/a działalność gospodarczą pod nazwą

/w przypadku umowy zawieranej z osobą prowadzącą działalność/
………………………………………………………………………………………………………………………………………………

z siedzibą w……………………………………………………………………………………………………………………………

wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji O Działalności Gospodarczej; NIP…………………………………………………………………………….REGON…………………………………………………

zwany/a dalej „**Wykonawcą**”,

łącznie nazywani „**Stronami**”.

**Strony ustalają, co następuje:**

1. Umowa obowiązywać będzie **od ……………….. 2021 roku do dnia 31 grudnia 2021 roku.**
2. Poltransplant zleca, a Wykonawca przyjmuje do wykonania zadania szczegółowo określone w załączniku nr 1 do niniejszej umowy, które świadczone będą w REGIONIE I /wykaz szpitali wchodzących w skład Regionu I został wymieniony w załączniku nr 2/, realizowane i finansowane ze środków publicznych w ramach programu wieloletniego na lata 2011 - 2021 pn. „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”.
3. Za wykonanie przedmiotu umowy Wykonawca otrzyma środki publiczne stanowiące wynagrodzenie brutto określone w załączniku nr 3.
4. Wykonawca złoży w siedzibie Poltransplantu w czasie obowiązywania umowy dokumenty, które stanowią podstawę przekazania środków publicznych:
5. faktury za dany okres rozliczeniowy,
6. miesięczne sprawozdanie z podjętych w regionie działań za dany miesiąc /wzór sprawozdania określony został w załączniku nr 4 do niniejszej umowy/ w terminie do 5 dnia następnego miesiąca za okres rozliczeniowy, z tym że dokumenty za grudzień 2021 r. Wykonawca złoży w terminie do dnia 15 grudnia 2021 r**.** /raport za miesiąc grudzień i fakturę/ z zastrzeżeniem ust. 7/.
7. Do reprezentowania Zamawiającego w sprawach związanych z realizacją przedmiotu umowy,
nadzorem nad prawidłowym wykonaniem przedmiotu umowy upoważniona (-ny) jest: **……………………, tel.: ……………………., faks: ……………, e-mail: ……………………..**
8. Poltransplant przekaże Wykonawcy środki publiczne z tytułu realizacji umowy za dany okres rozliczeniowy w terminie 14 dni od dnia zatwierdzenia przez Poltransplant, pod względem merytorycznym i finansowym, dokumentów, o których mowa w ust. 4. Warunkiem przekazania środków publicznych jest prawidłowe wykonanie zadań, określonych w ust. 2, potwierdzone złożeniem przez Wykonawcę prawidłowo sporządzonych i zgodnych ze stanem faktycznym dokumentów, o których mowa w ust. 4.
9. Z uwagi na zasady finansowania usług objętych niniejszą umową ze środków publicznych w ramach programu wieloletniego na lata 2011 - 2021 pn. „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”,
10. niedostarczenie do Poltransplantu przez Wykonawcę dokumentów określonych w ust. 4 w terminie do dnia 15 grudnia 2021 r. lub
11. wyczerpanie środków przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia na realizację usług objętych umową, zwalnia Poltransplant z obowiązku zapłaty wynagrodzenia Wykonawcy z tytułu niniejszej umowy, na co Wykonawca wyraża zgodę. W takim przypadku Wykonawcy nie przysługują żadne świadczenia odszkodowawcze.
12. O terminowym dostarczeniu (złożeniu) przez Wykonawcę dokumentów, o których mowa w ust. 4 decyduje data wpływu do siedziby Poltransplantu.
13. Wykonawca oświadcza, że posiada kwalifikacje, wiedzę, doświadczenie, środki, urządzenia i narzędzia niezbędne do należytego wykonania przedmiotu umowy i zobowiązuje się wykonywać przedmiot umowy z należytą starannością zgodnie z wymaganiami Zamawiającego, a także zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i doświadczeniem, obowiązującymi przepisami oraz istniejącymi w tym zakresie normami.
14. Wykonawca jest zobowiązany do osobistego wykonania zleconych zadań, a wynagrodzenie będzie wypłacane wyłącznie koordynatorowi zgodnie ze stanem faktycznym. Tym samym osoba trzecia nie może otrzymać przysługującego Wykonawcy wynagrodzenia.
15. Wykonawca zobowiązuje się również do zachowania tajemnicy zawodowej i nie rozpowszechniana jakichkolwiek informacji dotyczących Poltransplantu, do których będzie miał dostęp z tytułu wykonywania zadań, tak w czasie trwania umowy, jak i po jej ustaniu.
16. Każdej ze Stron przysługuje prawo wypowiedzenia niniejszej umowy z zachowaniem jedno miesięcznego okresu wypowiedzenia na koniec miesiąca lub ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień przez drugą Stronę. Wypowiedzenie wymaga formy pisemnej.
17. Wszystkie załączniki do umowy stanowią integralną część umowy.
18. Wszelkie kwestie nieuregulowane w niniejszej umowie podlegają przepisom prawa polskiego, w tym ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1405) oraz Kodeksu cywilnego.
19. Strony niniejszej umowy będą dążyć do polubownego rozwiązywania wszelkich ewentualnych sporów z niej wynikających. W przypadku braku możliwości polubownego rozstrzygnięcia sporu właściwy będzie sąd siedziby Poltransplantu.
20. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności. Strony dopuszczają dokonywanie bieżących zmian merytorycznych w załączniku nr 2 w przypadku np. zmiany nazwy lub adresu podmiotu leczniczego bez konieczności stosowania formy pisemnej /zmiany administracyjne w powierzonym regionie/.
21. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
22. Poltransplant upoważnia Wykonawcę do wystawienia faktur bez podpisu odbiorcy dopuszcza przekazywanie w formie elektronicznej.

**POLTRANSPLANT WYKONAWCA**

Załącznik nr 1 do umowy nr………

zawartej w dniu……………………….

**Zadania regionalnego koordynatora Poltransplantu.**

Zadania regionalnego koordynatora Poltransplantu określone są przez Dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji Poltransplant i wpisują się w:

- treść ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów;

- treść zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2010 r., z późn. zm. w sprawie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”;

- treść rozporządzenia Ministra Zdrowia [w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców](http://isip.sejm.gov.pl/Download?id=WDU20100640403&type=2);

- zadania Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011 – 2021.

Zadania regionalnego koordynatora Poltransplantu stanowią część realizowanego przez Poltransplant na poziomie krajowym, regionalnym i szpitalnym systemu jakości pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, we współpracy z podmiotami leczniczymi, jednostkami państwowymi, samorządowymi i organizacjami pozarządowymi.

Do zadań regionalnego koordynatora Poltranspalntu należą w szczególności:

1. Aktywizacja szpitali, w tym szpitali pediatrycznych w działaniach zmierzających do pełnego wykorzystania potencjału dawstwa narządów i tkanek od osób zmarłych m.in. poprzez:

- pomoc merytoryczna w budowę szpitalnych systemów jakości dawstwa narządów i tkanek od osób zmarłych;

- inicjowanie, organizacja i uczestnictwo w spotkaniach szpitalnych z udziałem m.in. kluczowego dla dawstwa personelu szpitala (dyrekcja, szpitalny koordynator pobierania narządów i tkanek, kierownicy oddziałów intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii), konsultantów wojewódzkich w dziedzinie transplantologii klinicznej oraz anestezjologii i intensywnej terapii);

- planowanie i współorganizacja szkoleń szpitalnych typu ETPOD w szpitalach w regionie;

- udział w monitorowaniu szpitalnego potencjału dawstwa (quality improvement program) i weryfikacja tej aktywności w narzędziu sieciowym [www.koordynator.net](http://www.koordynator.net).

1. Stała współpraca z konsultantami wojewódzkimi i krajowymi w kluczowych dziedzinach dla dawstwa narządów (transplantologia kliniczna, anestezjologii i intensywna terapia, neurologia i neurologia dziecięca, neurochirurgia) w celu identyfikacji przeszkód w rozwoju dawstwa od zmarłych w szpitalach regionu, analizy wykorzystania potencjału dawstwa i określaniu działań naprawczych.
2. Budowa sieci i stałe wsparcie dla szpitalnych koordynatorów pobierania narządów i tkanek w regionie m.in. poprzez:

- pomoc na wszystkich etapach koordynacji pobrań wielonarządowych (identyfikacji i kwalifikacji potencjalnego dawcy, autoryzacji pobrania, organizacji pobrania);

- pomoc w rozwiązywaniu bieżących problemów zgłaszanych przez szpitale z potencjałem dawstwa (np. pomoc w organizacji badań, pomoc w uzyskaniu dostępu do rejestrów, pomoc w zakresie rozliczeń finansowych, zabezpieczenie dostępu do narzędzi sieciowego www.rejestrtx.gov.pl);

- organizację szkoleń i warsztatów tematycznych dla koordynatorów np. w centrach symulacji medycznych, szkoleń regionalnych i wewnątrzszpitalnych;

- opracowanie informatora dla koordynatorów szpitalnych z danymi teleadresowymi i innymi technicznymi informacjami niezbędnymi do prowadzenia koordynacji;

- zgłaszanie propozycji przebudowy i rozbudowy sieci koordynatorów szpitalnych w regionie;

1. Udział w realizacji programu „System jakości dawstwa nerek do przeszczepienia od żywych dawców”.
2. Podejmowanie działań zmierzających do wprowadzenia do praktyki programu pobrań od dawców po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia (dawcy DCD) w regionie.
3. Stała współpraca z koordynatorami pobierania i przeszczepiania narządów w ośrodkach transplantacyjnych.
4. Działalność promująca medycynę transplantacyjną i dawstwo narządów i tkanek oraz działalność edukacyjna w regionie mająca na celu upowszechnianie leczenia metodą przeszczepiania komórek, tkanek i narządów m.in. poprzez:

- promowanie wyrażania swojej woli wśród członków rodziny na temat dawstwa wśród społeczności lokalnej w regionie;

- udostępnianie materiałów informacyjnych w podmiotach leczniczych na terenie regionu;

- udział i organizację wydarzeń promujących dawstwo: pikniki, koncerty, zawody sportowe;

- inicjowanie spotkań z władzami lokalnymi, władzami założycielskimi szpitali, oraz z przedstawicielami kościoła i mediów w regionie.

1. Odbywanie szkoleń dla osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek i narządów oraz na bezpieczeństwo dawców i biorców przeszczepów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia [w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców](http://isip.sejm.gov.pl/Download?id=WDU20100640403&type=2);
2. Przygotowywanie comiesięcznych raportów dotyczących aktywności i działań na rzecz aktywacji szpitali i poszczególnych koordynatorów szpitalnych (donacyjnych) oraz przeprowadzonych akcji promocyjnych i edukacyjnych do Poltransplantu.
3. Zgłaszanie i realizacja nowych i innowacyjnych działań w zakresie aktywacji szpitali i zwiększenia wykorzystania potencjału dawstwa (po uprzednim uzgodnieniu z dyrekcją Poltransplantu).

Powyższe zadania akceptuję.

Imię i nazwisko koordynatora regionalnego: ……………………………………………………………….

Obszar działalności: ..……………………………………………………………………………………………..

Data i podpis…………………………………………………………………..…………………….





Załącznik nr 2 do umowy nr………

zawartej w dniu………………………….

REGION II

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **WOJEWÓDZTWO** | **NAZWA SZPITALA** | **ADRES** | **KOD POCZTOWY** | **MIEJSCOWOŚĆ** |
| 1 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie** | **ul. M. Niedziałkowskiego 4A** | **73-200** | **Choszczno** |
| 2 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Drawskie Centrum Specjalistyczne** | **ul. B. Chrobrego 4** | **78-500** | **Drawsko Pomorskie** |
| 3 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie Sp. z o. o.** | **ul. Nowogardzka 2** | **72-100** | **Goleniów** |
| 4 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach** | **ul. Niechorska 27** | **72-300** | **Gryfice** |
| 5 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Regionalny Szpital w Kołobrzegu** |  **ul. Łopuskiego 31-33** | **78-100** | **Kołobrzeg** |
| 6 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie** | **ul. T. Chałubińskiego 7** | **75-581** | **Koszalin** |
| 7 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **SPSK Nr1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM-Filia w Policach** | **ul. Siedlecka 2 Filia SPSK nr 1 w Sczecinie** | **72-010** | **Police** |
| 8 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Szpital Powiatowy w Pyrzycach** | **ul. Jana Pawła II 2** | **74 – 200** | **Pyrzyce** |
| 9 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Szpital Powiatowy w Sławnie** | **ul. I-go Pułku Ułanów 9** | **76-100** | **Sławno** |
| 10 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ w Stargardzie Szczecińskim** | **ul. Wojska Polskiego 27** | **73-110** | **Stargard Szczeciński** |
| 11 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **SPSK Nr1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM** | **ul. Unii Lubelskiej 1** | **71-252** | **Szczecin** |
| 12 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ** | **ul. Piotra Skargi 9-11** | **70-965** | **Szczecin** |
| 13 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | [Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie](http://www.spsk2-szczecin.pl/) | **al. Powstańców Wielkopolskich 72** | **70-111** | **Szczecin** |
| 14 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie** | **ul. Arkońska 4** | **71-455** | **Szczecin** |
| 15 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie** | **ul. Jagiellońska 44** | **70-382** | **Szczecin** |
| 16 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROJE”** | **ul. Mączna 4** | **70-780** | **Szczecin** |
| 17 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie** | **ul. Alfreda Sokołowskiego 11 /Filia Szpitala przy ul. Arkońskiej/** | **70-891** | **Szczecin** |
| 18 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Szpital w Szczecinku Sp. z o.o.** | **ul. Kościuszki 38** | **78-400** | **Szczecinek** |
| 19 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **Szpital Miejski im. Jana Garduły**  | **ul. Mieszka I 7** | **72-600** | **Świnoujście** |
| 20 | **ZACHODNIOPOMORSKIE** | **107 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  | **ul. Kołobrzeska 44** | **78-600**  | **Wałcz** |
| 21 | **LUBUSKIE** | **"POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | **ul. PIŁSUDSKIEGO 8** | **66-530** | **DREZDENKO** |
| 22 | **LUBUSKIE** | **WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W GORZOWIE WLKP. SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | **ul. JANA DEKERTA 1** | **66-400** | **GORZÓW WIELKOPOLSKI** |
| 23 | **LUBUSKIE** | **NOWY SZPITAL W KOSTRZYNIE NAD ODRĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | **ul. GABRIELA NARUTOWICZA 6** | **66-470** | **KOSTRZYN NAD ODRĄ** |
| 24 | **LUBUSKIE** | **SZPITAL MIĘDZYRZECKI Sp. z.o.o Szpital im. Pięciu św. Braci Międzyrzeckich** | **ul. KONSTYTUCJI 3 MAJA 35** | **66-300** | **MIĘDZYRZECZ** |
| 25 | **LUBUSKIE** | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN** | **ul. WINCENTEGO WITOSA 7** | **69-200** | **SULĘCIN** |
| 26 | **LUBUSKIE** | **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL IM. PROF. ZBIGNIEWA RELIGI W SŁUBICACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | **ul. NADODRZAŃSKA 6** | **69-100** | **SŁUBICE** |
| 27 | **LUBUSKIE** | **NOWY SZPITAL W ŚWIEBODZINIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | **ul. MŁYŃSKA 6** | **66-200** | **ŚWIEBODZIN** |



Załącznik nr 3 do umowy nr………

zawartej w dniu………………………….

**Warunki wynagrodzenia koordynatora regionalnego Poltransplantu:**

1. Wynagrodzenie będzie obejmowało pełne wynagrodzenie brutto za 1 miesiąc kalendarzowy pracy, kwota ta zawierać będzie również ryczałtowy zwrot poniesionych kosztów:
2. Stała kwota wynagrodzenia **6000** **zł** miesięcznie (słownie: sześć tysięcy złotych brutto);
3. Warunkiem wypłaty wynagrodzenia będzie **comiesięczne** przesłanie wykazu podjętych działań w **nieprzekraczalnym** terenie do dnia 5 - go następnego miesiąca, weryfikacja sprawozdania nastąpi do dnia 15 – go.
4. Wynagrodzenie będzie przelewane na wskazane konto bankowe w terminie 14 dni po merytorycznej akceptacji po okresie za który zostało przesłane sprawozdanie.
5. Wynagrodzenie będzie wypłacane wyłącznie jednemu koordynatorowi zgodnie zawartą umową.

Powyższe warunki akceptuję.

Imię i nazwisko koordynatora regionalnego: …………………………………………………………………….

Obszar działalności: ……………………………………………………………………………………………….……….

Data i podpis…………………………………………………………………………………………….…………………….





Załącznik nr 4 do umowy nr………

zawartej w dniu…………………………

**Sprawozdanie z działalności koordynatora regionalnego Poltransplantu …………………….**

**Obszar działania……………………………………**

**Za miesiąc………………roku……………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Obszar działań | Podjęte działania | Rezultaty działań |
| 1 | Aktywizacja szpitali, w tym szpitali pediatrycznych w działaniach zmierzających do pełnego wykorzystania potencjału dawstwa narządów i tkanek od osób zmarłych |  |  |
| 2 | Stała współpraca z konsultantami wojewódzkimi i krajowymi w kluczowych dziedzinach dla dawstwa narządów (transplantologia kliniczna, anestezjologii i intensywna terapia, neurologia i neurologia dziecięca, neurochirurgia) w celu identyfikacji przeszkód w rozwoju dawstwa od zmarłych w szpitalach regionu, analizy wykorzystania potencjału dawstwa i określaniu działań naprawczych |  |  |
| 3 | Budowa sieci i stałe wsparcie dla szpitalnych koordynatorów pobierania narządów i tkanek w regionie |  |  |
| 4 | Udział w realizacji programu „System jakości dawstwa nerek do przeszczepienia od żywych dawców” |  |  |
| 5 | Wprowadzenie do praktyki programu pobrań od dawców po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia (dawcy DCD) w regionie |  |  |
| 6 | Stała współpraca z regionalnymi koordynatorami pobierani i przeszczepiania narządów w ośrodkach transplantacyjnych |  |  |
| 7 | Działalność promująca medycynę transplantacyjną i dawstwo oraz edukacyjnej w regionie mającej na celu upowszechnianie leczenia metodą przeszczepiania komórek, tkanek i narządów |  |  |
| 8 | Odbycie szkoleń dla osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek i narządów oraz na bezpieczeństwo dawców i biorców przeszczepów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia [w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców](http://isip.sejm.gov.pl/Download?id=WDU20100640403&type=2) |  |  |
| 9 | Podjęte działania na rzecz aktywacji szpitali i poszczególnych koordynatorów szpitalnych (donacyjnych)  |  |  |
| 10 | Zgłaszanie i wdrażanie nowych i innowacyjnych działań w zakresie aktywacji szpitali i zwiększenia wykorzystania potencjału dawstwa |  |  |

Dodatkowe uwagi:

Data i podpis koordynatora



 ­Załącznik nr 5 do umowy nr………

zawartej w dniu…………………………

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

Dane zleceniobiorcy potrzebne do przygotowania zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, rozliczenia z Urzędem Skarbowym

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Imię i Nazwisko  |  |
| 2 | Drugie imię |  |
| 3 | Nazwisko rodowe |  |
| 4 | Imię Ojca i Matki |  |
| 5 | Data i miejsce urodzenia |  |
| 6 | Pesel |  |
| 7 | Urząd Skarbowy |  |
| 8 | Adres urzędu skarbowego |  |
| 9 | Seria i numer dowodu, obywatelstwo  |  |
| 10  | Informacja o uprawnieniu do pobierania emerytury lub renty |  |
| 11 | Czy jest orzeczony stopień niezdolności do pracy / niepełnosprawności |  |
| 12 | Nazwa oddziału NFZ |  |
| 13 | Działalność gospodarcza TAK / NIE (jeśli TAK – nazwa i oświadczenie do podpisu) |  |
|  | **OŚWIADCZENIE**Oświadczam, że przedmiot nr umowy …………………. nie należy do zakresu działalności gospodarczej prowadzonej przeze mnie pod nazwą ......................................................... i nie będę rozliczał niniejszej umowy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.Data i podpis: …………………………………………… |
| 14 | Miejsce zatrudnienia (pierwszy pracodawca, u którego są odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne –emerytalne -rentowe – nazwa, adres) |  |
|  | **OŚWIADCZENIE**Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe) z tytułu stosunku pracy u ww. pracodawcy w przeliczeniu na miesiąc wynosi co najmniej / powyżej kwotę/y minimalnego wynagrodzenia za pracę w roku 2021, tj. 2800 zł brutto.Data i podpis: …………………………………………….. |
| 15 | Czy zleceniobiorca jest studentem do 26-go roku życia |  |
| 16 | Adres zameldowania:- województwo, gmina- kod pocztowy, miejscowość- ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| 17 | Adres zamieszkania:- województwo, gmina- kod pocztowy, miejscowość- ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| 18 | telefon |  |
| 19 | e-mail |  |
| 20 | Nazwa banku |  |
| 21 | Nr konta bankowego |  |

**Data**……………………………. **Czytelny podpis**………………………….

(pieczęć Zakładu Pracy) Załącznik nr 6 do umowy nr………

 zawartej w dniu…………………………

**ZAŚWIADCZENIE**

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani………………………………………………..………

zameldowany(a)………………………………………………………………………………………..

PESEL ………………………………………………………………………………………………………

jest zatrudniony(a) w ……………………………………………………………………………….........………………………………………………………

na podstawie:

- **UMOWY O PRACĘ**

na czas nieokreślony/określony od dnia …….…..………do dnia ……………….

Składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu zawartej w/w umowy odprowadzane są od kwoty:

 - równej lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę miesięcznie

(tj. 2800 brutto w roku 2021).

- **UMOWY ZLECENIE**

na czas nieokreślony/określony od dnia ………………... do dnia………………..

Składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu zawartej w/w umowy odprowadzane są od kwoty:

 - równej lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę miesięcznie

(tj. 2800 brutto w roku 2021).

………………………………………

Pieczęć i podpis Pracodawcy

(lub osoby upoważnionej)