|  |
| --- |
| Dane osobowe |
| PESEL: (w przypadku braku PESEL nr paszportu) | Adres mailowy:  |
| Imię:  | Nazwisko:  |
| Adres zamieszkania:  |  |
| Urząd Skarbowy / Narodowy Fundusz Zdrowia |
| Nazwa Urzędu Skarbowego właściwego dla mojego miejsca zamieszkania |  |
| Adres Urzędu Skarbowego właściwego dla mojego miejsca zamieszkania |  |
| Przynależność do oddziału NFZ – podać oddział |  |
| Oświadczenia (należy wpisać TAK lub NIE w każdym wierszu) |
| Jednocześnie oświadczam, że: |
|  posiadam stopień doktora |  |
|  pobierałam/em stypendium doktoranckie w innej szkole doktorskiej, jeżeli tak proszę podać przez ile miesięcy  |  |
|  posiadam ustalone prawo do emerytury lub renty |  |
|  posiadam ważne orzeczenie o niepełnosprawności / jeżeli tak proszę dołączyć  kserokopię orzeczenia oraz przedstawić oryginał do wglądu  |  |
|  Posiadam tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego jako |  |
| - członek rodziny |  |
| - z tytułu umowy o pracę |  |
| - z tytułu umowy cywilnoprawnej |  |
| - inne |  |
| Dane banku |
| Proszę o przekazywanie stypendium na konto w banku |
| Nazwa banku/Numer rach. bankowego (w PLN):  |

* Oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.
* Zobowiązuję się do powiadomienia o każdej zmianie w zakresie danych podanych powyżej w terminie 7 dni.

Katowice, dn. ……………………..… ……………………………..

 podpis doktoranta