|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  |
| jestem zatrudniony jako pracownik naukowy lub nauczyciel akademicki | | | |  |
| posiadam 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