Nazwisko i imię

 **Akceptuję do wypłaty............................................**

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

Dokładna nazwa banku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer konta

**RACHUNEK**

**za wykonanie dzieła**

Dla Uniwersytetu Medycznego za …………………………………. zgodnie z umową nr…… z dnia…………… na ogólną kwotę …………………………. zł. (słownie złotych)………………………………………………………………….……………………….

Źródło finansowania:……………………………………………………………………………

**Oświadczenie do celów podatkowych**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane osobowe:Imię ojca: ……………………………… | Miejsce zamieszkania:Gmina/dzielnica …………………………… |
| Imię matki: ……………………………. | Ulica ……………………………………….. |
| Data urodzenia: ……………………….. | Kod pocztowy ……………………………... |
| Nr PESEL …………………………….. | Miejscowość ………………………………. |
| **Telefon kontaktowy…………………...** | Urząd Skarbowy …………………………... |

Pracuję / studiuję w ………………………………………………….wymiar etatu……….

* Oświadczam, że nie prowadzę działalności gospodarczej w zakresie przedmiotu umowy określonego § 1 umowy o dzieło.
* Potwierdzam, że powyższe dane zgodne są ze stanem faktycznym.
* Odpowiedzialność karno – skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

……………………………………

 **data, podpis Wykonawcy**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

…………………………………………….

**Data, Podpis i pieczęć**

**Zamawiającego**