



CENTRALNA BAZA DANYCH

ADC, Konarskiego 18, pok. 254
tel.: 237-1323, 237-1435

Sprawdził : pracownik kórn. kadrowej

Nr Ewidencyjny

WYPEŁNIA PRACOWNIK

1. Nazwisko																																															
2. Imiona																																															
3. Pesel (P)								4. NIP (N)																																							
5. Data Urodzenia (dd-mm-rrrr)								6. Miejsce Urodzenia																																							
7. Imię Ojca																8. Imię Matki																															
9. Nazwisko Panięskie - wypełnia kobieta																10. Telefon																															
11. Adres (kod, miejscowość)																																															
12. Ulica																13. Nr Domu								14. Nr Lokalu																							
15. Kraj																16. Województwo																															
17. Powiat																18. Gmina																19. Poczta															
20. NFZ																21. Urząd Skarbowy																22. Czy Emeryt/Zawieszam/Renta/Nie (T/Z/R/N)															
23. Oddział ZUS																24. Nr Emerytury/Renty																															
Data Początku Emerytury/Renty																Data Końca Renty																															
25. Nr Dowodu Osobistego (1)																25a. Dowód wydany przez:																															
25b. w dniu:																26. Nr Paszportu (2)																27. Główny Id. (P,N,1,2)															
28. Nazwa Banku																																															
29. Konto Bankowe																																															
30. Kod 31. Miejscowość - Adres do celów podatkowych na dzień 31.12. roku podatkowego - wpisać jeśli inny niż w p.11 - p.19																																															
32. Ulica																33. Nr Domu								34. Nr Lokalu																							
35. Kraj																36. Województwo																															
37. Powiat																38. Gmina																39. Urząd Skarbowy na dzień 31.12. r. pod.															

WYPEŁNIA DZ. SPRAW OS.* i DZ. PODAT. i ZUS

.....
Data, Podpis.
Oświadczam, że na bieżąco będę przysyłał informacje o ewentualnych zmianach.
Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych.

40. Wymiar czasu pracy *								41. Kod wykształcenia *								42. Kod stanowiska/zawodu *								43. Kod tytułu ubezpieczenia							
44. Początkowa Data St. Niepełnosprawności								45. Końcowa Data St. Niepełnosprawności								46. Jedn. Organizacyjna *															
47. Data Zatrudnienia w PŚl. (dd-mm-rrrr) *								48. Skł. Zdrow.-Budżet (TAK/NIE)								49. Dzieci/ZUS								50. Opieka pielęgnacyjna (il.osób)							
51. Data Końca Zatrudnienia w PŚl. (dd-mm-rrrr) * - dotyczy doktorantów																															