



CENTRALNA BAZA DANYCH

ADC, Konarskiego 18, pok. 341
tel.: 237-1323, 237-1474

Sprawdź - pracownik kłm. kadrowej

Nr Ewidencyjny

WYPEŁNIA DOKTORANT

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 Panieńskie - 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 PŚI. (dd-mm-rrrr) *																48. Skł. Zdrow.-Budżet																49. Dzieci/ZUS																50. Opieka pielęgnacyjna (il.osób)															
51. Data Końca Zatrudnienia w PŚI. (dd-mm-rrrr) * - dotyczy doktorantów																																																															