

DANE DO ZAWARCIA UMOWY – ZLECENIA:

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !!!

DANE IDENTYFIKACYJNE			
NAZWISKO			
IMIĘ		DRUGIE IMIĘ	
PESEL	<input type="text"/>	NIP	<input type="text"/>
DATA URODZENIA /RRRR,MM,DD/	<input type="text"/>	MIEJSCE URODZENIA	
NAZWISKO RODOWE			
IMIĘ OJCA		IMIĘ MATKI	OBYWATELSTWO
ADRES ZAMELDOWANIA			
ULICA		NR DOMU	NR LOKALU
KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ	
GMINA		POWIAT	WOJEWÓDZTWO
ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCYJNY* /WYPEŁNIAĆ, JEŚLI INNY OD ADRESU ZAMELDOWANIA/			
ULICA		NR DOMU	NR LOKALU
KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ	
GMINA		POWIAT	WOJEWÓDZTWO
NR TELEFONU			
DANE PODATKOWE I UBEZPIECZENIOWE			
URZĄD SKARBOWY, KTÓREMU PANI/PAN PODLEGA (Nazwa i adres)			
DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA /MIEJSCE PRACY, PRAWO DO RENTY/EMERYTURY, BEZROBOTNY,STUDENT/			
ODDZIAŁ NFZ			
NR RACHUNKU BANKOWEGO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INFORMACJE DODATKOWE			
Egzaminator, weryfikator, przewodniczący ZE, kierownik ośrodka, *			
Ilość arkuszy egzaminacyjnych i przedmiot			
Kierownik ośrodka – liczba dni* **			
Przewodniczący zespołu egzaminacyjnego – liczba zmian * **			
Członek zespołu egzaminacyjnego – liczba zmian * **			
Liczba dojazdów i odległość od miejsca zamieszkania do ośrodka*			
Liczba noclegów*			
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do zawarcia umowy (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.VIII.1997r. Dz. U. Nr 133 poz. 883). Zgodność danych potwierdzam własnoręcznym podpisem			
DATA		PODPIS	

* - niepotrzebne skreślić, ** dotyczy egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe