*Załącznik nr 21* do Zarządzenia Nr 68/2017

Rektora UMCS

###### OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH - OBCOKRAJOWCY

DO UMOWY NR ……………………………. Z DNIA: ...................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko: | | | | | Imię: | | |
| 2 Imię: | | | | | Imię ojca: | | |
| Imię matki: | | | **Obywatelstwo:** | | | | Data i miejsce urodzenia: |
| NR PASZPORTU: \*\* | | | NIP: | | | | PESEL: |
| MIEJSCE ZAMELDOWANIA | | | | Województwo: | | | |
| Powiat: | | | | Gmina: | | | |
| Ulica: | | | | | | Nr domu i mieszkania: | |
| Kod pocztowy: | | Miejscowość: | | | | Kraj: | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA | | | | Województwo: | | | |
| Powiat: | | | | Gmina: | | | |
| Ulica: | | | | | | Nr domu i mieszkania: | |
| Kod pocztowy: | | Miejscowość: | | | | Kraj: | |
| URZĄD SKARBOWY | Nazwa: | | | | | | |
| Ulica: | | | | | | Nr domu i mieszkania: | |
| Kod pocztowy: | | Miejscowość: | | | | Kraj: | |

**Posiadam miejsce zamieszkania na terytorium RP tzn.:**

**1. Posiadam na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej centrum interesów osobistych lub gospodarczych (ośrodek interesów życiowych) \* TAK \*NIE**

**lub**

**2. Przebywam na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dłużej niż 183 dni w roku podatkowym \* TAK \*NIE**

Oświadczam, iż wszystkie w/w informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawda lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przyjmuje odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

\*właściwe zaznaczyć znakiem „ X”

\*\*należy dołączyć kserokopię paszportu potwierdzającą dane osobowe …..………………………………….

( data i czytelny podpis)

###### STATEMENT FOR TAX PURPOSES FOR FOREIGNERS

REFERENCE NO.……………………………. DATE: ...................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SURNAME: | | | | NAME: | | |
| 2ND NAME: | | | | FATHER’S NAME: | | |
| MOTHER’S NAME: | | **CITIZENSHIP:** | | | | DATE NAD PLACE OF BIRTH: |
| PASSPORT NO.: \*\* | | PERSONAL TAX NO.: | | | | PERSONAL IDENTITY NO.: |
| DOMICILE | | | VOIVODSHIP: | | | |
| COUNTY: | | | COMMUNE: | | | |
| STREET: | | | | | NO.: | |
| POST CODE: | CITY: | | | | COUNTRY: | |
| PLACE OF RESIDENCE | | | VOIVODSHIP: | | | |
| COUNTY: | | | COMMUNE: | | | |
| STREET: | | | | | NO. | |
| POST CODE: | CITY: | | | | COUNTRY: | |
| TAX OFFICE | NAME: | | | | | |
| STREET: | | | | | NO. | |
| POST CODE: | CITY: | | | | COUNTRY: | |

**I have a place of residence in the territory of the Republic of Poland that is:**

**1. I have on Polish territory the center of personal or economic interests \* YES \*NO**

**OR**

**2. I stay on Polish territory for more than 183 days in a tax year \* YES \*NO**

I declare that all the information is correct and legal, and criminal liability for providing information inconsistent with the truth or concealment is known to me. I undertake to immediately notify the

Customer of any changes to the content of this statement and accept the responsibility for failure to

meet this commitment.

\* Please tick the right boxes below

\*\* Documents required: Passport Copy

….....…………………..……………………………..

(date and legible signature)