**Załącznik nr 5 do Regulaminu współpracy z ekspertami zewnętrznymi Agencji Badań Medycznych**

**FORMULARZ DANYCH EKSPERTA DO CELÓW ROZLICZENIOWYCH**

|  |
| --- |
| 1. **Wypełnić jeśli Ekspert dokonuje rocznego rozliczenia podatkowego w Polsce**

**(w przeciwnym razie usunąć lub skreślić)** |
| [ ]  **złożenie Formularza** [ ]  **aktualizacja Formularza**

|  |
| --- |
| **EKSPERT** |
| Imiona: |  |
| Nazwisko: |  |
| Stopień/tytuł nauk: |  |
| Nr PESEL: |  |
| Adres e-mail[[1]](#footnote-1): |  |
| Adres zameldowania: | Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| Ulica: |  | Poczta: |  |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: |  |
| Gmina: |  | Powiat: |  |
| Województwo: |  | Państwo: |  |
| Adres zamieszkania[[2]](#footnote-2): | Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| Ulica: |  | Poczta: |  |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: |  |
| Gmina: |  | Powiat: |  |
| Województwo: |  | Państwo: |  |
| Adres korespondencyjny2: | Nazwa zakładu pracy (jeśli wskazany adres jest firmowym)  |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| Ulica: |  | Poczta: |  |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: |  |
| Gmina: |  | Powiat: |  |
| Województwo: |  | Państwo: |  |
|  |
| Nazwa banku: |  |
| Nr konta bankowego[[3]](#footnote-3):  |  |
| Nazwa Urzędu Skarbowego: |  |
| Adres Urzędu Skarbowego: |  |
|  |
| Identyfikator podatkowy (zaznaczyć właściwą opcję) : | □ PESEL □ NIP (numer…………….) TIN (numer…………………) |
|  |  |

Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karno-skarbowej za podanie danych niezgodnych z prawdą, zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.Oświadczam, że jestem świadomy/ma, iż wypłata wynagrodzenia za zrealizowane Zamówienie w danym roku podatkowym może spowodować przekroczenie progu preferencyjnego opodatkowania umów przenoszących autorskie prawa majątkowe, wynikającego z obowiązujących przepisów podatkowych. W przypadku przekroczenia ww. progu złożę stosowne oświadczenie informujące o tym fakcie ABM najpóźniej z chwilą przyjęcia Zamówienia, za które wypłata wynagrodzenia spowoduje przekroczenie tego progu w danym roku podatkowym. Jednocześnie, mam świadomość, że w przypadku niepoinformowania ABM o okolicznościach, o których mowa w zdaniu poprzednim ponoszę wyłączną odpowiedzialność wynikającą z wypłaty przez ABM wynagrodzenia, zgodnie z preferencyjnymi zasadami. ……………………………data i podpis Eksperta |
| 1. **Wypełnić jeśli Ekspert dokonuje rocznego rozliczenia podatkowego w kraju innym niż Polska**

**(w przeciwnym razie usunąć lub skreślić):** |
| [ ]  **złożenie Formularza** [ ]  **aktualizacja Formularza** NB. Podanie poniższych informacji jest obowiązkowe i wymagane zapisami IFT-1R (tj. “Informacji o wysokości przychodu (dochodu) uzyskanego przez osoby fizyczne niemające w Polsce miejsca zamieszkania”), który będzie wystawiony przez ABM i wysłany do Eksperta po zakończeniu roku podatkowego

|  |
| --- |
| **EKSPERT** |
| Imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| Stopień/tytuł naukowy: |  |
| Adres e-mail:Wskazany adres e-mail służy również do przekazania Ekspertowi przez ABM formularza IFT-1R po zakończeniu roku podatkowego. Prosimy o bieżącą aktualizację adresu e-mail w przypadku jego zmiany. |  |
| Imię ojca: |  |
| Imię matki: |  |
| Data i miejsce urodzenia: |  |
| Numer identyfikacji podatkowej: |  |
| Rodzaj powyższego numeru: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Numer identyfikacyjny NIP  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Numer ubezpieczeniowy  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Paszport |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Urzędowy dokument stwierdzający tożsamość |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Inny rodzaj identyfikacji podatkowej |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Inny dokument potwierdzający tożsamość |

 |
| Miejsce wydania powyższego numeru: |  |
| **Adres zamieszkania Eksperta** |
| Ulica i numery: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Miejscowość: |  |
| Województwo/Region: |  |
| Państwo: |  |
| **Adres korespondencyjny (uzupełnić, jeśli inny niż adres zamieszkania)**  |
| Nazwa firmy/instytucji – jeśli dotyczy: |  |
| Ulica i numery: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Miejscowość: |  |
| Województwo/Region: |  |
| Państwo: |  |
| **Numer osobistego konta bankowego**  |
| Pełna nazwa właściciela konta: |  |
| Numer konta (wraz z IBAN): |  |
| Nazwa i adres banku: |  |
| SWIFT/BIC kod: |  |
|  |
|  |

**Deklaracja dotycząca podatku** Niniejszym oświadczam, iż jestem rezydentem *(nazwa kraju)* …………… i z całości moich dochodów rozliczam się z właściwym urzędem skarbowym na terenie *(nazwa kraju)*……………..Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karno-skarbowej za podanie danych niezgodnych z prawdą, zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy………………………………...data i podpis Eksperta |

1. Wskazany adres e-mail służy również do przekazania Ekspertowi przez ABM formularza PIT po zakończeniu roku podatkowego. Prosimy o bieżącą aktualizację adresu e-mail w przypadku jego zmiany. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wymagane, jeśli inny niż adres zameldowania [↑](#footnote-ref-2)
3. Na podany nr konta bankowego będą przekazywane należności za zrealizowane Zamówienia [↑](#footnote-ref-3)