**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)