# ...........................................................

# (imię i nazwisko Zleceniobiorcy)

# RACHUNEK DLA MINISTERSTWA ZDROWIA

Za wykonanie prac według umowy zlecenia / o dzieło\* w przedmiocie:

………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

zawartej w dniu ................................................ numer:……………….…………...................................................................,

ustalono wynagrodzenie w kwocie ......................... zł, (słownie złotych ……….……………………………..……………) za okres od dnia ............................................ do dnia ........................….........

Proszę o wypłatę na konto w banku ........................................ o numerze ……………………………….…………….……

**Dla zleceniobiorców zatrudnionych poza Ministerstwem Zdrowia lub wykonujących inną umowę zlecenia / umowę o dzieło u innego pracodawcy lub zleceniodawcy:**

*Oświadczam, że moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w macierzystym zakładzie pracy / umowy zlecenia, która jako pierwsza rodziła obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, otrzymane w okresie wykonywania umowy zlecenia dla Ministerstwa Zdrowia, jak również w miesiącu wypłaty. w przeliczeniu na okres jednego miesiąca nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia na rok ………………… określonego przez przepisy ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2018 r. poz. 2177 i z 2019 r. poz. 1564)*

………………………………. …………………………………………………….

(data)1  (podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy)