



**INSTYTUT BOTANIKI im. WŁADYSŁAWA SZAFERA  
POLSKIEJ AKADEMII NAUK**

ul. Lubicz 46, 31-512 Kraków

tel. [48] 12 42 41 700; fax [48] 12 421 97 90

WWW: <http://www.botany.pl>

SzD.5134.1.2024

**Zarządzenie Nr 7/2024  
Dyrektora Instytutu Botaniki im. W. Szafera  
Polskiej Akademii Nauk  
z dnia 13.03.2024 r.**

w sprawie: nowelizacji Zarządzenia Dyrektora nr 26/2023 dotyczącego zasad i wysokości przyznawania oraz wypłacania stypendium doktoranckiego w roku akademickim 2023/2024 w Szkole Doktorskiej Nauk Przyrodniczych i Rolniczych

Na podstawie:

art. 209 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742 ze zm.) oraz § 17 ust. 5 Regulaminu Szkoły Doktorskiej Nauk Przyrodniczych i Rolniczych,

zarządzam co następuje:

§ 1

1. W Zarządzeniu Dyrektora Nr 26/2023 wprowadza się następujące zmiany:
  - 1) w § 1 ust. 3 pkt 2 otrzymuje następujące brzmienie:

***2. z wynagrodzeniem, którego wysokość przekracza wysokość wynagrodzenia profesora, tj. 9370 zł.***
  - 2) w § 1 ust. 2 pkt 1 otrzymuje następujące brzmienie:
    - 1) ***dla stypendiów finansowanych ze środków własnych jednostek prowadzących Szkołę doktorską:***
      - do miesiąca, w którym została przeprowadzona ocena śródkresowa – 3466,90 zł;
      - po miesiącu, w którym została przeprowadzona ocena śródkresowa – 5340,90 zł.
  - 3) w § 2 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

***3. W celu otrzymywania stypendium doktoranckiego oraz odprowadzania wymaganych przepisami prawa składek na ubezpieczenie społeczne, doktorant do 7 dni od przyjęcia do Szkoły Doktorskiej składa w Sekretariacie deklarację, której wzór określa zał. nr 1 do zarządzenia. Brak złożenia deklaracji w tym terminie lub brak jej uzupełnienia na wezwanie Sekretarza Szkoły Doktorskiej spowoduje odroczenie płatności stypendium do czasu złożenia prawidłowo wypełnionej deklaracji.***

2. Pozostałe zapisy Zarządzenia Dyrektora Nr 26/2023 pozostają bez zmian.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2024 roku.

DYREKTOR  
Instytutu Botaniki im. W. Szafera  
Polskiej Akademii Nauk

  
Prof. dr hab. Lucyna Śliwa

## Oświadczenie doktoranta/zmiana danych

Nazwisko..... imię..... drugie imię .....

Data urodzenia .....miejsce urodzenia.....

### Rodzaj obowiązku podatkowego podatnika (zaznaczyć właściwe):

1. Nieograniczony obowiązek podatkowy (rezydent) - miejsce zamieszkania Polska
2. Ograniczony obowiązek podatkowy (nierezydent) w przypadku zaznaczenia tego punktu należy podać kraj inny niż Polska oraz adres zamieszkania za granicą: dodatkowo kod kraju wydania dokumentu powinien być zgodny z krajem adresu zamieszkania.
3. Zagraniczny numer identyfikacyjny podatnika - uzyskany w państwie, w którym podatnik ma miejsce zamieszkania.
4. Rodzaj numeru identyfikacyjnego(dokumentu stwierdzającego tożsamość) - wypełnia płatnik, który w poz.3 podał zagraniczny numer Identyfikacyjny podatnika.
5. Kraj wydania numeru identyfikacyjnego(dokumentu stwierdzającego tożsamość) - wypełnia płatnik, który w poz.3 podał zagraniczny numer Identyfikacyjny podatnika.

### **Adres miejsca zamieszkania**

Kod pocztowy .....miejscowość.....

Ulica..... nr domu .....nr mieszkania.....

Województwo .....gmina .....powiat.....

### **Adres miejsca zameldowania**

Kod pocztowy .....miejscowość.....

Ulica..... nr domu .....nr mieszkania.....

Województwo .....gmina .....powiat.....

**Niniejszym oświadczam, iż właściwym dla mnie identyfikatorem podatkowym jest numer PESEL // NIP\*.**

**NR PESEL..... NR NIP .....obywatelstwo .....**

### **NIP podajemy w przypadku gdy podatnik :**

- prowadzi lub prowadził w danym roku podatkowym działalność gospodarczą bez względu na formę opodatkowania, w tym działalność zawieszona;
- jest lub był w danym roku podatkowym / zarejestrowanym podatnikiem od towarów i usług;
- jest lub był w danym roku podatkowym / płatnikiem podatków , płatnikiem składek na ubezpieczenie społeczne jak i zdrowotne.

Nazwa banku .....

Nr konta bankowego .....

Urząd skarbowy/na podstawie adresu zamieszkania/ .....

kod pocztowy .....miejscowość .....

Ulica .....nr domu .....

Kod oddziału NFZ .....Nazwa oddziału NFZ .....

Data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego .....

### **Oświadczam, że:**

1.  Jestem zatrudniony/a na umowę o pracę i z tego tytułu otrzymuję miesięczne wynagrodzenie brutto w kwocie

NIŻSZEJ  WYŻSZEJ\* od minimalnego wynagrodzenia brutto.

Nazwa pracodawcy:.....

Nie jestem zatrudniony/a na umowę o pracę\*.

2.  Wykonuję na rzecz innego podmiotu umowę zlecenie, od której  SA /  NIE SA\* odprowadzane składki



- emerytalno-rentowe od kwoty  WYŻSZEJ /  NIŻSZEJ\* od minimalnego wynagrodzenia brutto.
3.  Przystępuje dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego\*.
4.  Nie wykonuję umowy zlecenia na rzecz innego podmiotu\*.
5.  Prowadzę działalność gospodarczą na moje nazwisko i odprowadzam z tego tytułu składki ZUS standardowe/  
preferencyjne\*. Jeżeli wskazano preferencyjne należy podać okres podlegania .....
- Zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej  OBEJMUJE,  NIE OBEJMUJE przedmiot  
umowy\*.
- Nie prowadzę działalności gospodarczej\*.
6.  Jestem /  nie jestem\* studentem I lub II stopnia studiów  doktorantem /  uczniem do 26 roku życia.
7.  Mam ustalone prawo do  emerytury /  renty\*.
- Nie mam ustalonego prawa do  emerytury /  renty\*.
8.  Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:  znacznym /  umiarkowanym /  lekkim\*.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tak / nie

Oświadczam, że wszystkie dane podałem zgodnie ze stanem faktycznym i odpowiedzialność karna za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. O wszelkich zaistniałych zmianach powiadomi płatnika.

Miejscowość .....data wypełnienia..... podpis.....

---

\* Niepotrzebne skreślić lub zakreszyć właściwy kwadrat