



Warszawski Uniwersytet Medyczny

Ul. Żwirki i Wigury 61

02-091 Warszawa

.....
Jednostka organizacyjna

Oświadczenie emeryta* / rencisty*

Ja, niżej podpisany,

Imię i nazwisko

urodzony w,

data urodzenia

miejsce urodzenia

PESEL,

oświadczam, że nie pobieram* / pobieram* świadczenie z ZUS – emeryturę* / rentę*

od dnia

numer emerytury* / renty*

oddział i adres ZUS

Warszawa, dnia

data złożenia oświadczenia

.....
podpis składającego oświadczenie

*- proszę skreślić niepotrzebne i wypełnić dane dotyczące pobieranego świadczenia tylko w przypadku wykreślenia „nie pobieram”