Załącznik Nr 1
do Regulaminu zakładowej działalności socjalnej
w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

……..……
(tytuł, nazwisko i imię)

emeryt/rencista*

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że po uzyskaniu prawa do emerytury/renty,

pozostawałam/em / nie pozostawałam/em *

pozostaję / nie pozostaję *

w roku kalendarzowym ……...… w stosunku pracy z innym pracodawcą.

Kraków, dnia …… ……..
(podpis składającego oświadczenie

*niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 2
do Regulaminu zakładowej działalności socjalnej
w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych

Kraków, dnia .....

UPOWAŻNIENIE

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum z siedzibą w Krakowie przy ul. św. Anny 12, 31-008 Kraków reprezentowany przez: **Prorektora Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Collegium Medicum – prof. dr hab. med. Tomasza Grodzickiego**, zwany dalej **UJ CM**,

na podstawie art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U.tz 2016 r. poz. 922) **niniejszym upoważnia Panią/Pana……..** zam……., legitymującą/cego się dowodem osobistym ……. PESEL: ……- członka Komisji Socjalnej / pracownika odpowiedzialnego za obsługę prac Komisji Socjalnej UJ CM*, zwaną/zwanego dalej **„Osobą upoważnioną”**

do przetwarzania danych osobowych gromadzonych przez UJ CM, jako pracodawcę odpowiedzialnego za administrowanie środkami Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, w związku z postępowaniami prowadzonymi zgodnie z Regulaminem zakładowej działalności socjalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum, a w szczególności do przetwarzania danych osobowych Wnioskodawców i osób wskazanych we wnioskach jako uprawnione do korzystania ze świadczeń ZFŚS, gromadzonych jako dokumentacja składana łącznie z wnioskiem o udzielenie świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, w tym także ujawnionych przez Wnioskodawcę danych wrażliwych (m.in. dot. stanu zdrowia), a to **w celu** rozpoznania wniosków o udzielenie świadczeń socjalnych zgodnie z Reglaminem oraz weryfikacji formalnej i merytorycznej składanych wniosków.

Upoważnienie udzielone jest wyłącznie w związku z koniecznością uczestnictwa Osoby upoważnionej w posiedzeniach Komisji Socjalnej oraz rozpatrywaniu składanych wniosków.

Dane osobowe nie mogą być wykorzystywane przez Osobę upoważnioną w żadnym innym celu niż wskazany w niniejszym upoważnieniu oraz winny być usunięte i zwrócone UJ CM niezwłocznie po wykonaniu zadań związanych z uczestnictwem w obradach Komisji.

Upoważnienie obejmuje okres od dnia rozpoczęcia pełnienia funkcji do dnia ustania pełnienia funkcji członka Komisji Socjalnej/ pracownika odpowiedzialnego za obsługę prac Komisji Socjalnej UJ CM.

.....
(data, podpis)

* niepotrzebne skreślić

Oświadczenie członka Komisji Socjalnej / pracownika odpowiedzialnego za obsługę prac Komisji Socjalnej*

……..
(tytuł, imię i nazwisko)

.....
(stanowisko, jednostka organizacyjna)

.....
(nr ewidencyjny)

OŚWIADCZENIE

Jako Osoba upoważniona do przetwarzania danych osobowych oświadczam, że zostałam/em zapoznana/y i pouczona/y o sposobach zabezpieczenia udostępnionych mi danych osobowych, a w szczególności danych wrażliwych, i zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zasad zabezpieczenia tych danych obowiązujących w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum.

Oświadczam też, że znana mi jest aktualna treść przepisów:

1. Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych;
2. Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych;
3. Zarządzenia nr 14 Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego z dnia 10 lutego 2006 roku w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych w Uniwersytecie Jagiellońskim wraz z zarządzeniem zmieniającym (zarządzenie nr 46 Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego z dnia 26 maja 2011 roku) i wydanych na jego podstawie:
    1) polityki bezpieczeństwa danych osobowych,
    2) instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania

i zobowiązuję się

nie ujawniać nikomu w żaden sposób i nie wykorzystywać informacji związanych z przetwarzanymi danymi osobowymi, z którymi się zapoznałam/em w związku z pełnioną funkcją, oraz zachować w tajemnicy sposoby ich zabezpieczenia. Zobowiązuję się także do dbałości o powierzone mi dane osobowe i zachowania ich w tajemnicy również po ustaniu udzielonego upoważnienia.

.....
(podpis)

.....
(potwierdzenie ważności podpisu)

* niepotrzebne skreślić

Przykładowe rodzaje przychodu uprawnionych i członków ich rodzin

Za przychody uprawnionych i ich rodzin dla potrzeb Regulaminu uważa się w szczególności następujące przychody:

1) z pracy wykonywanej na podstawie stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej oraz spółdzielczego stosunku pracy, bez względu na miejsce wypłaty wynagrodzenia, a to np.:
    a. wynagrodzenie zasadnicze za pracę,
    b. dodatek funkcyjny,
    c. dodatek specjalny,
    d. dodatek za staż pracy,
    e. premia regulaminowa, uznaniowa, nagrody,
    f. wynagrodzenie za godziny nadliczbowe i ponadwymiarowe,
    g. wynagrodzenie za czas usprawiedliwionej nieobecności za pracę i za czas niezdolności do pracy,
    h. wynagrodzenie za czas płatnych urlopów, ekwiwalenty za urlop,
    i. dodatkowe wynagrodzenie wypłacane nauczycielom akademickim,
    j. nagrody jubileuszowe,
    k. odprawy,
    l. odszkodowania wynikające z przepisów k.p.,
    m. dodatkowe wynagrodzenie roczne (13-pensja),
    n. honoraria i wypłaty z funduszu bezosobowego,
    o. wynagrodzenia patentowe i racjonalizatorskie,
2) z działalności wykonywanej osobiście,
3) z działalności gospodarczej,
4) z tytułu pracy agencyjnej,
5) z umów zlecenia, umów o dzieło,
6) z tytułu wykonywania wolnego zawodu lub działalności wytwórczej oraz artystycznej,
7) emerytury i renty z wszystkimi dodatkami oraz wszelkie inne świadczenia wypłacane przez organy emerytalno-rentowe (ZUS, KRUS, inne),
8) zasiłki wychowawcze, zasiłki z ubezpieczenia społecznego,
9) zasiłki określone w ustawie o pomocy społecznej,
10) wszelkiego rodzaju stypendia,
11) otrzymywane alimenty,
12) świadczenia rodzinne wypłacane przez organy administracji państwowej i samorządowej,
13) świadczenia wychowawczego lub dodatku wychowawczego o którym mowa w ustawie o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci,
14) z nieruchomości, w tym z wynajmu i ze sprzedaży takiej nieruchomości,
15) z działalności rolniczej – w tym przychody z gospodarstwa rolnego ustalone zgodnie z przepisami określającymi wysokość przeciętnego przychodu z pracy w rolnictwie nieuspołecznionym z 1 ha przeliczeniowego,
16) inne, nie ujęte wyżej.

Załącznik Nr 4
do Regulaminu zakładowej działalności socjalnej
w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

……..……
(tytuł, nazwisko i imię)

emeryt/rencista*

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **emerytura /renta*** była **moim /moim oraz współmałżonka*** jedynym źródłem przychodu w roku poprzedzającym złożenie wniosku.

Kraków, dnia ……. ……..
(podpis składającego oświadczenie)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 5
do Regulaminu zakładowej działalności socjalnej
w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA WYPOCZYNKU

L.p.	Średni przychód /brutto/ na jednego członka gospodarstwa domowego	Wysokość dofinansowania /brutto/
1.	do 1 600,00	1 700,00
2.	1601,00 – 2300,00	1 350,00
3.	2301,00 – 3000,00	1 100,00
4.	3001,00 – 3700,00	800,00
5.	powyżej 3700,00	700,00

Prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego
ds. Collegium Medicum

prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Załącznik Nr 6
do Regulaminu zakładowej działalności socjalnej
w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

……..... WNIOSEK nr …….....
(tytuł, imię i nazwisko)

……..... tel.…….....
(nazwa jednostki organizacyjnej UJ CM /emeryt lub rencista UJ CM)

…….....
(adres zamieszkania)

……...
(nr konta a w przypadku braku nr konta nr PESEL tylko w przypadku emeryta lub rencisty)

Proszę o przyznanie dofinansowania wypoczynku dla ……..... osób, tj.:

…….....

…….....

Oświadczam, że ww. osoby będą korzystały z wypoczynku w okresie

od ..... do ..... (łącznie 14 dni kalendarzowych).

L.p.	Imię i nazwisko wnioskodawcy oraz członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	stopień pokrewieństwa i daty urodzenia dzieci	nazwa szkoły lub uczelni, do której uczęszcza dziecko (*po 18 r.ż. potwierdzone zaświadczeniem dołączonym do wniosku*)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Oświadczam, że średni miesięczny przychód (brutto) przypadający na osobę za poprzedni rok, zgodnie z udokumentowanym przychodem moim oraz zarobkujących członków wspólnego gospodarstwa domowego, potwierdzony PIT-ami za ubiegły rok, którymi dokonywano rozliczenia z Urzędem Skarbowym wraz z innymi przychodami nie ujętymi w PIT-ach wynosi…….....zł
(słownie:…….)
W przypadku emerytów i rencistów, dla których emerytura/renta była w roku poprzedzającym złożenie wniosku jedynym źródłem przychodu, przychód (brutto) ustalany będzie na podstawie odcinka emerytury/ renty z ostatniego miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub ostatniej decyzji ZUS.
Wyrażam zgodę na wykorzystywanie, przetwarzanie i utrwalanie powyższych danych do celów ustalenia wysokości dofinansowania do wypoczynku z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych UJ CM.
Oświadczam, że zostałem/łam pouczony o treści art. 286 § 1 kodeksu karnego, zgodnie z którym: Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Data …….. …….
(podpis Wnioskodawcy)

Załącznik Nr 7
do Regulaminu zakładowej działalności socjalnej
w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

WYSOKOŚĆ ZAPOMOGI LOSOWEJ, ZAPOMOGI EKONOMICZNEJ I ZAPOMOGI EKONOMICZNEJ SZCZEGÓLNEJ

Maksymalna kwota jednorazowej zapomogi losowej	do 2.500,00 zł
Maksymalna kwota jednorazowej zapomogi ekonomicznej lub zapomogi ekonomicznej szczególnej	do 1.500,00 zł

Prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego
ds. Collegium Medicum

prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Załącznik Nr 8
do Regulaminu zakładowej działalności socjalnej
w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI (część I)

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

2. Nazwa jednostki organizacyjnej UJ CM.....

3. Adres Wnioskodawcy .....

4. Data urodzenia Wnioskodawcy
.....

5. Numer konta /Pesel Wnioskodawcy (do celów wypłaty w Oddziale Banku)

…….....

6. Liczba osób w gospodarstwie domowym - wymienić osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym oraz podać ich wiek :

Lp.	Imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa wiek	nazwa szkoły lub uczelni, do której uczęszcza dziecko (*po 18 r.ż. potwierdzone zaświadczeniem dołączonym do wniosku*)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

7. Wysokość przychodów Wnioskodawcy i zarobkujących członków gospodarstwa domowego (udokumentowane).

	średni miesięczny przychód brutto potwierdzony odpowiednim udokumentowaniem, zgodnie z Regulaminem	poświadczenie przychodu
wnioskodawca		
współmałżonek		
inni		

W przypadku posiadania gospodarstwa rolnego - zaświadczenie z gminy o średniorocznej przychodowości.

8.Uzasadnienie dotyczące starań o zapomogę : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis Wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie, przetwarzanie i utrwalanie powyższych danych do celów ustalenia wysokości i przyznania zapomogi z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych UJ CM.

Oświadczam, że zostałem/łam pouczony o treści art. 286 § 1 kodeksu karnego, zgodnie z którym: Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Data ……..

…….
(podpis Wnioskodawcy)

****

Część II (wypełnia pracownik DSO oraz Komisja Socjalna)

1. Kwota najniższej emerytury/minimalnego wynagrodzenia (brutto) obowiązująca w dniu przyznania zapomogi:

.....

2.Wyliczenie przychodu na 1 osobę w gospodarstwie domowym starającego się o zapomogę:

.....

.....

.....

……..

Data .....

.....
(podpis prac. DSO CM)

3. Opinia Komisji Socjalnej UJ CM .....

.....

Data .....

Podpisy : ..... …. …….....

…..... .....

....

....

4. DECYZJA: …….....…….....

……..

Data .....

.....
(Z-ca Kanclerza UJ ds. Collegium Medicum)

Załącznik Nr 9
do Regulaminu zakładowej działalności socjalnej
w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

WYSOKOŚĆ POŻYCZEK MIESZKANIOWYCH

L.p.	Rodzaje pożyczek	Wysokość pożyczek
1.	na spółdzielczy wkład mieszkaniowy	do wysokości pełnego wymaganego wkładu nie więcej niż 30.000,00
2.	na zakup mieszkania lub domu jednorodzinnego na wolnym rynku	do wysokości wymaganej wpłaty nie więcej niż 30.000,00
3.	na budowę domu jednorodzinnego	do 15 % wartości kosztorysowej nie więcej niż 30.000,00
4.	na adaptację pomieszczeń na cele mieszkalne oraz dla potrzeb osób o ograniczonej sprawności fizycznej	do wysokości pełnych kosztów adaptacji nie więcej niż 30.000,00
5.	na kaucję w TBS	do wysokości pełnej kaucji nie więcej niż 30.000,00
6.	na remont i modernizację mieszkania	do 10.000,00
7.	na remont i modernizację domu jednorodzinnego	do 10.000,00

Prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego
ds. Collegium Medicum

prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Załącznik Nr 10
do Regulaminu zakładowej działalności socjalnej
w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

.....

(tytuł , imię i nazwisko)

.....

.....

(nazwa jedn. org. UJ CM - nr tel.)

.....

.....

(adres zamieszkania)

W N I O S E K

o przyznanie pożyczki z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

---

1. Proszę o udzielenie pożyczki na : .....

.....

w wysokości.....zł. Pożyczkę zobowiązuję się spłacić w ratach miesięcznych, w okresie ..... lat.

Kraków , dnia ....

(podpis Wnioskodawcy)

****

2. Stosunek pracy wnioskodawcy i poręczycieli

(wypełnia Dział Spraw Osobowych CM)

.....

.....

.....

.....

Kraków , dnia ....

(pieczątka i podpis prac. DSO CM)

****

3. Stan zadłużenia wnioskodawcy oraz terminowość spłat: wypełnia
Dział Finansowy i Ewidencji Majątku CM)

.....

Kraków , dnia ....

(pieczątka i podpis prac. DFiEM CM)

****

4. Wstępna kwalifikacja Działu Spraw Osobowych :

.....

Kraków , dnia ....

(pieczątka i podpis prac. DSO CM)

5. Wynagrodzenie wnioskodawcy podane za jego zgodą:

do wypłaty – po potrąceniach; średnia z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku:

.....

Kwota wolna od potrąceń na dzień złożenia wniosku: .....

Kraków, dnia ....

(pieczątka i podpis prac. DSO CM)

****

6. Stanowisko Komisji Socjalnej:

.....

.....

.....

Kraków , dnia ....

(podpisy Członków Komisji)

****

7. DECYZJA:

Przyznaję pożyczkę na .....

w wysokości .....

Odmawiam udzielenia pożyczki: .....

.....

.....

.....

Kraków, dnia ....

(Z-ca Kanclerza UJ ds. Collegium Medicum)

Poręczyciele:

1. P. ..... zam. .....
..... nr dow. osob. .....
2. P. ..... zam. .....
..... nr dow. osob. .....
3. P. ..... zam. .....
..... nr dow. osob. .....

PORĘCZENIE:

W razie nieuregulowania należności przez Pożyczkobiorcę ..... w terminie określonym w umowie z dnia ..... Nr ..... (tj. zalegania pożyczkobiorcy ze spłatą kolejnych 3 rat pożyczki) my niżej podpisani:

1) **..... (imię nazwisko), legitymujący się dowodem osobistym: .....**
2) **..... (imię nazwisko), legitymujący się dowodem osobistym: .....**
3) **..... (imię nazwisko), legitymujący się dowodem osobistym: .....**

Zobowiązujemy się – solidarnie – do spłacania niespłaconej kwoty pożyczki wraz z oprocentowaniem i odsetkami, a także wyrażamy zgodę na potrącenie wymagalnych rat pożyczki wraz z odsetkami i oprocentowaniem z naszych wynagrodzeń i zasiłków z ubezpieczenia społecznego.

1. ..... 2. ..... 3. .....
(podpis Poręczyciela) (podpis Poręczyciela) (podpis Poręczyciela)

.....
(Z-ca Kanclerza UJ ds. Collegium Medicum)

Stwierdzam własnoręczność podpisów poręczycieli:

....
(jedn. organiz.UJ CM) (jedn. organiz.UJ CM) (jedn. organiz.UJ CM)

....
(pieczęć imienna i podpis Kierownika jedn. organiz. UJ CM, w której Poręczyciel jest zatrudniony)

(pieczęć imienna i podpis Kierownika jedn. organiz. UJ CM, w której Poręczyciel jest zatrudniony)

(pieczęć imienna i podpis Kierownika jedn. organiz. UJ CM, w której Poręczyciel jest zatrudniony)

Załącznik Nr 11
do Regulaminu zakładowej działalności socjalnej
w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

U M O W A

POŻYCZKI Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH

Nr …….

zawarta w Krakowie w dniu ..... pomiędzy:

Uniwersytetem Jagiellońskim – Collegium Medicum w Krakowie, adres ul. Św. Anny 12, 31-008 Kraków, zwanym dalej „UJ CM", w imieniu i na rzecz którego działa: Zastępca Kanclerza Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Collegium Medicum

…….....

a

Panią/Panem

.....

zwaną/ym dalej „Pożyczkobiorcą", zatrudnioną/ym w .....

zamieszkałą/ym w .....

§ 1.

Przedmiotem niniejszej umowy jest pożyczka z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na .....
w wysokości ..... złotych (słownie: .....), przydzielona na podstawie wniosku Pożyczkobiorcy z dnia ..... oraz decyzji umieszczonej w Protokole Komisji Socjalnej z dnia ..... w oparciu o ustawę z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2191, dalej: „ustawy o ZFŚS") oraz Regulamin zakładowej działalności socjalnej w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum.

§ 2.

1. Pożyczka oprocentowana jest w wysokości 3,5% w stosunku rocznym.
2. Kwota oprocentowania wynosi .....zł (słownie złotych:.....).
3. Razem kwota pożyczki wraz z oprocentowaniem wynosi ..... zł (słownie złotych:.....).

§ 3.

1. Przyznana pożyczka wraz z kwotą oprocentowania podlega spłacie w całości w [.....(ilość:.....)] ratach miesięcznych począwszy od .....
2. Pierwsza rata wynosi ..... zł (słownie .....), następne [.... (ilość:.....)] równe miesięczne raty po ..... zł (słownie: ..... zł) każda.

§ 4.

1. Pożyczkobiorca wyraża zgodę na potrącanie należnych rat pożyczki z przysługującego mu wynagrodzenia za pracę oraz zasiłków z ubezpieczenia społecznego.
2. Pożyczkobiorca zobowiązuje się do spłaty należnych rat pożyczki na konto Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Collegium Medicum UJ 55 1240 4722 1111 0000 4858 6861 lub w Oddziale Banku Pekao S.A. przy ul. Pijarskiej 1 , ul. Czystej 21, ul. Wielopole 1 do dnia 10-go każdego miesiąca. Wpłaty w tych oddziałach zwolnione są z opłat.

W przypadku zalegania przez Pożyczkobiorcę ze spłatą kolejnych 3 rat pożyczki, należność z tytułu rat potrącana będzie z wynagrodzenia za pracę lub zasiłków z ubezpieczenia społecznego poręczycieli.

§ 5.

1. Z chwilą rozwiązania stosunku pracy z UJ CM nie spłacona kwota pożyczki łącznie z odsetkami staje się natychmiast wymagalna, za wyjątkiem przypadków:
    1) rozwiązania umowy o pracę na podstawie porozumienia stron,
    2) rozwiązania umowy o pracę z przyczyn leżących wyłącznie po stronie UJ CM,
    3) rozwiązania umowy o pracę z tytułu przejścia na emeryturę lub rentę.
2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt. 1-3 pożyczkobiorca dokonywać będzie wpłat w terminach do 10-go każdego miesiąca, na warunkach ustalonych w umowie.

§ 6.

1. W szczególnych przypadkach uzasadnionych znacznym pogorszeniem sytuacji materialnej pożyczkobiorcy, spłata pożyczki może być zawieszona na jego pisemny wniosek. Za znaczne pogorszenie sytuacji materialnej uznaje się spadek przychodu poniżej 100% najniższej emerytury (brutto), obowiązującej w danym roku kalendarzowym.
2. W przypadku trwania tej sytuacji przez okres co najmniej 2 lat pożyczkobiorca może wystąpić z wnioskiem o umorzenie pożyczki w wysokości nie wyższej niż 50%.

§ 7.

1. Zmiana warunków niniejszej umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy o ZFŚS oraz Regulaminu zakładowej działalności socjalnej w Uniwersytecie Jagiellońskim – Collegium Medicum

Umowę sporządzono w 3-ch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Pożyczkobiorcy i dwa dla UJ CM.

.....	.....
(podpis Pożyczkobiorcy)	(Z-ca Kanclerza UJ ds. Collegium Medicum)