

ZAŁĄCZNIK 5

WZORY WYDRUKÓW FORMULARZY UBEZPIECZENIOWYCH ZUS

Załącznik przedstawia wzory dla wydruków dokumentów ubezpieczeniowych z oprogramowania interfejsowego, jakie będą przyjmowane przez ZUS.

Każdy formularz powinien być drukowany na stronie formatu A4, z oznaczeniem producenta, nazwy oraz wersji oprogramowania na marginesach.

SPIS TREŚCI

DOKUMENT ZUS DRA	3
DOKUMENT ZUS DRA cz. II.....	6
DOKUMENT ZUS RCA	7
DOKUMENT ZUS RCA cz. II.....	10
DOKUMENT ZUS RPA.....	11
DOKUMENT ZUS RSA.....	13
DOKUMENT ZUS ZAA	14
DOKUMENT ZUS ZBA	15
DOKUMENT ZUS ZCNA	16
DOKUMENT ZUS ZFA	17
DOKUMENT ZUS ZIPA	18
DOKUMENT ZUS ZIUA.....	19
DOKUMENT ZUS ZPA	20
DOKUMENT ZUS ZUA.....	21
DOKUMENT ZUS ZWPA.....	22
DOKUMENT ZUS ZWUA	23
DOKUMENT ZUS ZZA	24
DOKUMENT ZUS IWA	25
DOKUMENT ZUS ZSWA.....	26
DOKUMENT ZUS OSW	27
DOKUMENT ZUS RIA	28

DOKUMENT ZUS DRA

ZUS P DRA				DEKLARACJA ROZLICZENIOWA			
I. DANE ORG.		01. TER.PRZYSD. DEK I RAP.	9	02. ID DEKLARACJI	99 99.9999	05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR.	999999999999
03. <input type="text"/>				04. <input type="text"/>			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPELNIĆ ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPELNIĆ ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGION	9999999999	03. NUMER PESEL	999999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
09. DATA URODZENIA	09.09.1999						
III. INNE INFORMACJE		02. WNIOSEK O DOFIN. SKŁ. ZA OS. NIEPEŁNOSPRAWNE Z PFRON I B.P.	9	03. STOPA % SKŁ. NA UBEZP. WYPADKOWE	99,99		
01. LICZBA UBEZPIECZONYCH	999999						
IV. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA							
	A. KWOTA SKŁADEK NA UBEZP. EMERYT.	B. KWOTA SKŁADEK NA UBEZP. RENTOWE	C. SUMA KWOT SKŁ. NA UBEZP. EMERYT. I RENTOWE	D. KWOTA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE CHOROBY	E. KWOTA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE	F. SUMA KWOT SKŁ. NA UBEZP. CHOROBY I WYPADKOWE	
01. SUMY SKŁADEK SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	
02. UBEZPIECZONYCH	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	
03. PŁATNIKA SKŁADEK	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	
04. BUDŻET PAŃSTWA	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	
05. PFRON	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	
06. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	
07. KWOTA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, KTÓRE POWINIEN PRZEKAZAĆ PŁATNIK SKŁADEK					99999999,99		
V. ZE STAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE							
01. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY	99999999,99			03. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO	99999999,99		
02. KWOTA WYNAGRODZENIA NALEŻNEGO PŁATNIKOWI SKŁADEK OD WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY	99999999,99			04. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z FUS	99999999,99		
				05. ŁĄCZNA KWOTA DO POTRACENIA	99999999,99		
VI. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK	99999999,99	02. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ UBEZPIECZONYCH	99999999,99	03. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999999,99		
04. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA Z BUDŻETU PAŃSTWA	99999999,99	05. KWOTA NALEŻNYCH SKŁ. DO PRZEKAZANIA PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK	99999999,99	06. KWOTA NALEŻNEGO WYNAGR. DLA PŁATNIKA SKŁADEK	99999999,99		
				07. KWOTA DO ZAPŁATY	99999999,99		
VII. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I F8 ORAZ FG 8P							
01. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ PRACY I FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY	99999999,99		02. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FGSP	99999999,99	03. KWOTA DO ZAPŁATY	99999999,99	
VIII. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH							
01. LICZBA PRACOWNIKÓW, ZA KTÓRYCH JEST OPLACANA SKŁADKA NA FEP	999999	02. LICZBA STANOWISK PRACY W SZCZEG. WARUNKACH LUB O SZCZEG. CHARAKTERZE	999999	03. SUMA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FEP	99999999,99		
IX. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU ZAPŁATY (p.IV.37 + p.VI.07 + p.VII.03 + p.VIII.03 - p.V.06)							
01. KWOTA DO ZWROTU PRZEZ ZUS	99999999,99			02. KWOTA DO ZAPŁATY	99999999,99		
X. DEKLARACJA DOCHODU (DOTYCZY OSÓB, KTÓRE OPLACAJĄ SKŁADKI WYŁĄCZNIE ZA SIEBIE)							
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA	99 99 9 9	02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE	99999999,99	03. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE CHOROBY	99999999,99		
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE	99999999,99	05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	99999999,99	06. INFORMACJA O PRZEKROCZENIU ROCZNEJ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYT. I RENT.	9		

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

ZUS P DRA **DEKLARACJA ROZLICZENIOWA**

I DANE ORG. 01. TER.PRZYS.DEK I RAP. **9** 02. ID DEKLARACJI **99 99.9999** 05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR. **999999999999**

03. 04.

II DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPELNIJ ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPELNIJ ZUS)

01. NUMER NIP **999999999** 02. NUMER REGION **999999999** 03. NUMER PESEL **99999999999** 04. RODZAJ DOKUMENTU **9**

05. SERIA I NUMER DOKUMENTU **XXX999999** 06. NAZWA SKRÓCONA **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

07. NAZWISKO **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** 08. IMIĘ PIERW. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

09. DATA URODZENIA **09.09.1999**

XI. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. FORMA OPODATKOWANIA: PODATEK WEDŁUG SKALI	X	02. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZŁ.	99999999,99	03. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	99999999,99	04. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	99999999,99
05. FORMA OPODATKOWANIA: PODATEK LINIOWY	X	06. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZŁ.	99999999,99	07. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	99999999,99	08. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	99999999,99
09. FORMA OPODATKOWANIA: KARTA PODATKOWA	X			10. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	99999999,99	11. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	99999999,99
12. FORMA OPODATKOWANIA: RYCZAŁT OD PRZYCH. EWIDENCJONOWANYCH	X	13. SUMA PRZYCH. W BIEŻĄCYM ROKU	99999999,99	14. DEKLAR. OPL. SKŁADEK NA PODST. PRZYCH. Z US. ROKU	X	15. KW. PRZYCH. W US. ROKU	99999999,99
				16. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	99999999,99	17. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	99999999,99
18. BEZ FORMY OPODATKOWANIA	X			19. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	99999999,99	20. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	99999999,99

XII. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. ROZLICZENIE SKŁADKI ZDROWOTNEJ ZA ROK	9999						
02. ZMIANA FORMY OPODATKOWANIA OD STYCZNIA 2022 ROKU	X	03. ZMIANA FORMY OPODATKOWANIA OD LIPCA 2022 ROKU	X				
04. FORMA OPODATKOWANIA: PODATEK WEDŁUG SKALI	X	05. KWOTA DOCHODU OSIĄGNIĘTEGO Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99				
06. KWOTA NALEŻNEGO PODATKU ZA ROK, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99	07. ROCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	99999999,99	08. ROCZNA SKŁADKA	99999999,99		
09. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99	10. KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99	11. KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99		
12. FORMA OPODATKOWANIA: ZASADY OGÓLNE – PODATEK LINIOWY				X			
13. KWOTA DOCHODU OSIĄGNIĘTEGO Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99	14. ROCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	99999999,99	15. ROCZNA SKŁADKA	99999999,99		
16. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99	17. KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99	18. KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99		
19. FORMA OPODATKOWANIA: RYCZAŁT OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH				X			
20. KWOTA PRZYCHODÓW OSIĄGNIĘTYCH Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99	21. ROCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	99999999,99	22. ROCZNA SKŁADKA	99999999,99		
23. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99	24. KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99	25. KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99		

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWRÓTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO

26. ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99	27. ŁĄCZNA KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99
-----------------------------	-------------	----------------------------	-------------

XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. DATA WYPELNIENIA **09.09.1999**

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGÓDNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA JEZNAJANIE NIEMĄWOWY LUB ZATAJANIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA SKŁADEK LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA SKŁADEK POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE W DOKUMENCIE UMIEŚC OBOK DATY WYPELNIENIA.

Przebieżenie: W przypadku niespełnienia w obowiązującym terminie zasady z par. 13, 02 lub opóźnienia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podażenie do wyliczenia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1999 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2022 r., poz. 478, z późn. zm.)

DOKUMENT ZUS DRA cz. II

ZUS P DRA cz. II				DEKLARACJA ROZLICZENIOWA cz. II.			
I. DANE ORG.		01. ID DEKLARACJI	99	02. ROK, NA KTÓRY USTALONA JEST PODST. WYMIARU SKŁ. NA UB. EMERYTALNE I RENTOWE	2018	05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR.	999999999999
03.				04.			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999	03. NUMER PESEL	999999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	9999999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XX				
07. NAZWISKO	XX			08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
09. DATA URODZENIA	09.09.1999						
III. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE							
01. PRZYCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ZA UBIEGŁY ROK KALENDARZOWY	99999999,99						
02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE	99999999,99						
03. DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ZA UBIEGŁY ROK KALENDARZOWY	99999999,99						
IV. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W UBIEGŁYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD							
A. KARTA PODATKOWA							
01. KWOTA PRZYCHODU	99999999,99	02. KWOTA DOCHODU	99999999,99				
B. RYCZAŁT OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH							
03. KWOTA PRZYCHODU	99999999,99	04. KWOTA DOCHODU	99999999,99				
C. OPODATKOWANIE NA ZASADACH OGÓLNYCH (PODATEK WEDŁUG SKALI LUB PODATEK LINIOWY)							
05. KWOTA PRZYCHODU	99999999,99	06. KWOTA DOCHODU	99999999,99				
V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999						
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA. POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.							

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RCA

ZUS P RCA		MIECZNY RAPORT MIECZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH						
I. DANE ORGANIZ.								
01. IDENTYFIKATOR RAPORTU	99 99.9999							
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK								
01. NUMER NIP	999999999	02. NUMER REGION	99999999	03. NUMER PESEL	9999999999			
04. RODZAJ DOKUMENTU	9							
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XX(999999)							
06. NAZWA SKRÓCIONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX							
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW.					
09. DATA URODZENIA		09.09.1999						
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH								
01. NAZWISKO	02. IMIĘ PIERWSZE		03. TYP	04. IDENTYFIKATOR				
A. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P	9999999999				
B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P	9999999999				
C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P	9999999999				
D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P	9999999999				
IV. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE								
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA	A.	99 99 9 9	B.	99 99 9 9	C.	99 99 9 9	D.	99 99 9 9
02. INFORMACJA O PRZEKROCZENIU	9		9		9		9	
03. WYMIAR CZASU PRACY	999 999		999 999		999 999		999 999	
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZP. EMERYTALNE I RENTOWE	999999,99		999999,99		999999,99		999999,99	
UBEZP. EMERYTALNE KWOTA SKŁ. FINANS. PRZEZ.	05. UBEZPIECZONEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	06. PŁATNIKA SKŁADEK	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	07. BUDŻET PAŃSTWA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	08. PFRON	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
UBEZP. RENTOWE KWOTA SKŁ. FINANS. PRZEZ.	09. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	10. UBEZPIECZONEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	11. PŁATNIKA SKŁADEK	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	12. BUDŻET PAŃSTWA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
UBEZP. CHOROBY KWOTA SKŁ. FINANS. PRZEZ.	13. PFRON	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	14. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	15. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE CHOROBY	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	
	16. UBEZPIECZONEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
UBEZP. WYPADKOWE KWOTA SKŁ. FINANS. PRZEZ.	17. PŁATNIKA SKŁADEK	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	18. BUDŻET PAŃSTWA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	19. PFRON	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	20. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
21. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	
UBEZP. WYPADKOWE KWOTA SKŁ. FINANS. PRZEZ.	22. UBEZPIECZONEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	23. PŁATNIKA SKŁADEK	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	24. BUDŻET PAŃSTWA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	25. PFRON	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
UBEZP. WYPADKOWE KWOTA SKŁ. FINANS. PRZEZ.	26. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	27. KWOTA OBNIŻENIA PODST. WYM. SKŁ. NA UBEZP. SPÓŁ. Z TYTUŁU OPLACANIA SKŁ. W RAMACH P P E	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	28. KWOTA WPLATY W RAMACH PRACOWNICZEGO PLANU KAPITAŁOWEGO FIN. PRZEZ PŁATNIKA SKŁ.	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	29. ŁĄCZNA KWOTA SKŁADEK	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	
V. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE								
01. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	999999,99		999999,99		999999,99		999999,99	
UBEZP. ZDROW. KWOTA SKŁ. FIN. PRZEZ.	02. PŁATNIKA SKŁADEK	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	03. BUDŻET PAŃSTWA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	04. UBEZPIECZONEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	05. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
VI. ZE STAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA								
KWOTA WYPL. ZASILKU	01. RODZINNEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	02. WYCHOWAWCZEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	03. PIELEGNACYJNEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	
	04. ŁĄCZNA KWOTA WYPL. ZASILKÓW	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99	

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

ZUS P R C A		MIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH			
I. DANE ORGANIZ.		01. IDENTYFIKATOR RAPORTU 99 99.9999			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK					
01. NUMER NIP 9999999999		02. NUMER REGION 999999999		03. NUMER PESEL 99999999999	
04. RODZAJ DOKUMENTU 9					
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999		06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
09. DATA URODZENIA 09.09.1999					
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH					
01. NAZWISKO		02. IMIĘ PIERWSZE		03. TYP 04. IDENTYFIKATOR	
A. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P 9999999999	
VII. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. FORMA OPODATKOWANIA: PODATEK WEDŁUG SKALI X 02. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZŁ. 99999999,99 03. POOST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE 99999999,99 04. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ. 99999999,99					
05. FORMA OPODATKOWANIA: PODATEK LINIOWY X 06. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZŁ. 99999999,99 07. POOST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE 99999999,99 08. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ. 99999999,99					
09. FORMA OPODATKOWANIA: KARTA PODATKOWA X 10. POOST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE 99999999,99 11. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ. 99999999,99					
12. FORMA OPODATKOWANIA: RYCZAŁT OD PRZYCH. EWIDENCJONOWANYCH X 13. SUMA PRZYCH. W BIEŻĄCYM ROKU 99999999,99 14. DEKLAR. OPL. SKŁADEK NA POOST. PRZYCH. Z UB. ROKU X 15. KW. PRZYCH. W UB. ROKU 99999999,99					
16. POOST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE 99999999,99 17. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ. 99999999,99					
18. BEZ FORMY OPODATKOWANIA X 19. POOST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE 99999999,99 20. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ. 99999999,99					
VIII. RÓCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. RÓZLICZENIE SKŁADKI ZDROWOTNEJ ZA ROK 9999					
02. ZMIANA FORMY OPODATKOWANIA OD STYCZNIA 2022 ROKU X 03. ZMIANA FORMY OPODATKOWANIA OD LIPCA 2022 ROKU X					
04. FORMA OPODATKOWANIA: ZASADY OGÓLNE: PODATEK WEDŁUG SKALI X 05. KWOTA DOCHODU OSIĄGNIĘTEGO Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU, KTÓREGO DOTYCZY RÓCZNE ROZLICZENIE 99999999,99					
06. KWOTA NALEŻNEGO PODATKU ZA ROK, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST RÓCZNE ROZLICZENIE 99999999,99 07. RÓCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI 99999999,99 08. RÓCZNA SKŁADKA 99999999,99					
09. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTÓREGO DOTYCZY RÓCZNE ROZLICZENIE 99999999,99 10. KWOTA DO DOPŁATY 99999999,99 11. KWOTA DO ZWRÓTU 99999999,99					
12. FORMA OPODATKOWANIA: ZASADY OGÓLNE – PODATEK LINIOWY X					
13. KWOTA DOCHODU OSIĄGNIĘTEGO Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU, KTÓREGO DOTYCZY RÓCZNE ROZLICZENIE 99999999,99 14. RÓCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI 99999999,99 15. RÓCZNA SKŁADKA 99999999,99					
16. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTÓREGO DOTYCZY RÓCZNE ROZLICZENIE 99999999,99 17. KWOTA DO DOPŁATY 99999999,99 18. KWOTA DO ZWRÓTU 99999999,99					
19. FORMA OPODATKOWANIA: RYCZAŁT OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH X					
20. KWOTA PRZYCHODÓW OSIĄGNIĘTYCH Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU, KTÓREGO DOTYCZY RÓCZNE ROZLICZENIE 99999999,99 21. RÓCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI 99999999,99 22. RÓCZNA SKŁADKA 99999999,99					
23. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTÓREGO DOTYCZY RÓCZNE ROZLICZENIE 99999999,99 24. KWOTA DO DOPŁATY 99999999,99 25. KWOTA DO ZWRÓTU 99999999,99					
ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWRÓTU Z ROZLICZENIA RÓCZNEGO					
26. ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY 99999999,99		27. ŁĄCZNA KWOTA DO ZWRÓTU 99999999,99			
IX. O ŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK					
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999					
OSWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNIEJ ZA ZEZNANE NIEPRAWY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA SKŁADEK LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA SKŁADEK POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE W DOKUMENCIE UMIEŚC OSOB. DATY WYPEŁNIENIA.					

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RCA cz. II

ZUS P R C A cz. II		MIENNY RAPORT cz. II.		
I. DANE ORG.		01. ID DEKLARACJI 99	02. ROK, NA KTÓRY USTALONA JEST PODST. WYMIARU SKŁ. NA UB. EMERYTALNE I RENTOWE 9999	05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR. 999999999999
03.	<input type="text"/>	04.	<input type="text"/>	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)		
01. NUMER NIP 9999999999	02. NUMER REGON 99999999999999	03. NUMER PESEL 99999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU 9	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 999999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999			
III. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE				
01. PRZYCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ZA UBIEGŁY ROK KALENDARZOWY	99999999,99			
02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE	99999999,99			
03. DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ZA UBIEGŁY ROK KALENDARZOWY	99999999,99			
IV. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W UBIEGŁYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD				
A. KARTA PODATKOWA				
01. KWOTA PRZYCHODU 99999999,99	02. KWOTA DOCHODU	99999999,99		
B. RYCZAŁT OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH				
03. KWOTA PRZYCHODU 99999999,99	04. KWOTA DOCHODU	99999999,99		
C. OPODATKOWANIE NA ZASADACH OGÓLNYCH (PODATEK WEDŁUG SKALI LUB PODATEK LINIOWY)				
05. KWOTA PRZYCHODU 99999999,99	06. KWOTA DOCHODU	99999999,99		
V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999			
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.				

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RSA

Z U S P R S A

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
I PRZERWACH W OPLACANIU SKŁADEK

I. DANE ORGANIZ. 01. IDENTYFIKATOR RAPORTU 99 99.9999

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NUMER NIP 9999999999 02. NUMER REGON 99999999999999 03. NUMER PESEL 99999999999 04. RODZAJ DOKUMENTU 9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999 06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA 09.09.1999

III.I DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH

01. NAZWISKO	02. IMIĘ PIERWSZE	03. TYP	04. IDENTYFIKATOR
A. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999

IV.I RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

	A.	B.	C.	D.	E.	F.
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA	99 99 9 9	99 99 9 9	99 99 9 9	99 99 9 9	99 99 9 9	99 99 9 9
02. KOD ŚWIADCZ./ PRZERWY	999	999	999	999	999	999
03. OKRES OD	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999
04. OKRES DO	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999
05. LICZBA DNI ZASIŁKOWYCH / LICZBA WYPŁAT	99	99	99	99	99	99
06. KWOTA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99

III.II DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH

01. NAZWISKO	02. IMIĘ PIERWSZE	03. TYP	04. IDENTYFIKATOR
G. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
H. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
I. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
J. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
K. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
L. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999

IV.II RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

	G.	H.	I.	J.	K.	L.
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA	99 99 9 9	99 99 9 9	99 99 9 9	99 99 9 9	99 99 9 9	99 99 9 9
02. KOD ŚWIADCZ./ PRZERWY	999	999	999	999	999	999
03. OKRES OD	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999
04. OKRES DO	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999	09.09.1999
05. LICZBA DNI ZASIŁKOWYCH / LICZBA WYPŁAT	99	99	99	99	99	99
06. KWOTA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZAA

ZUS P ZAA		ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZ.			
01.		02.	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
POLA: 01. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 02. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	9999999999		
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-99999999		
IV. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	9999999999		
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-99999999		
V. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	9999999999		
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-99999999		
VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	9999999999		
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-99999999		
VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	9999999999		
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-99999999		
VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999		
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNIEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZCNA

Z U S P Z C N A		ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	
I. DANE ORGANIZ.			
01.	<input type="text"/>	02.	<input type="text"/>
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKLADEK			
POLA: 01. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 02. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. NUMER PESEL	9999999999	02.	
		03. RODZAJ DOKUMENTU	9
		04. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
05. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA	09.09.1990
06. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
IV.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO			
01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY (1) / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY (2)	9	02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY	09.09.1999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. NUMER NIP	9999999999
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	09. DATA URODZENIA	09.09.1999
08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
10. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA	99	11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBA UBEZPIECZONĄ (X OZNACZA TAK)	X
12. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	9		
IV.B. ADRES ZAMIESZKANIA			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA/ DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	06. NR LOKALU	9999999
07. NR TELEFONU	99999999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999
V.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO			
01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY (1) / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY (2)	9	02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY	09.09.1999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. NUMER NIP	9999999999
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	09. DATA URODZENIA	09.09.1999
08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
10. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA	99	11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBA UBEZPIECZONĄ (X OZNACZA TAK)	X
12. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	9		
V.B. ADRES ZAMIESZKANIA			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA/ DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	06. NR LOKALU	9999999
07. NR TELEFONU	99999999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999
VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKLADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999	VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.		OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.	
PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZIPA

Z U S P Z I P A		ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZ.		01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2)	9
02.		03.	
II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK POLA: 02. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 03. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	999999999	02. NUMER REGON	9999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKR.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NUMER NIP	999999999	02. NUMER REGON	9999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	999999999	06. NAZWA SKR.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999		
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZIUA

Z U S P Z I U A		ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZ. 01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ		9	
02. <input type="text"/>	03. <input type="text"/>		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		POLA: 02. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 03. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)	
01. NUMER NIP 9999999999	02. NUMER REGON 99999999999999	03. NUMER PESEL 9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU 9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
09. DATA URODZENIA 09.09.1999			
III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. NUMER PESEL 9999999999	02. NUMER NIP 9999999999	03. RODZAJ DOKUMENTU 9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999
05. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
06. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA	09.09.1990	
IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. NUMER PESEL 9999999999	02.	03. RODZAJ DOKUMENTU 9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999
05. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
06. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA	09.09.1999	
V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999			
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.		OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.	
PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAZNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZWPA

ZUS P ZWPA										WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK																													
I. DANE ORGANIZ.										01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK <input checked="" type="checkbox"/>										02. KOREKTA DANYCH WYREJESTR. PŁATN. SKŁADEK <input checked="" type="checkbox"/>																			
03. <input type="text"/>										04. <input type="text"/>																													
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK										POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)																													
01. NUMER NIP 9999999999										02. NUMER REGON 99999999999999										03. NUMER PESEL 99999999999										04. RODZAJ DOKUMENTU 9									
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999										06. NAZWA SKR. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																													
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																													
09. DATA URODZENIA 09.09.1999																																							
III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK																																							
01. KOD PRZYCZYNY WYREJESTROWANIA 999										02. DATA WYREJESTROWANIA 09.09.1999																													
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK																																							
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999																																							
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.																																							

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZWUA

ZUS P ZWUA		WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ	
I. DANE ORGANIZ.		01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ X	
03. <input type="text"/>		04. <input type="text"/>	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)	
01. NUMER NIP 9999999999	02. NUMER REGON 9999999999999	03. NUMER PESEL 9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU 9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 999999999	06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
09. DATA URODZENIA 09.09.1999			
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ			
01. NUMER PESEL 9999999999	02. NUMER NIP	03. RODZAJ DOKUMENTU 9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU 999999999
05. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA 09.09.1999		
06. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ			
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA 99 99 9 9	02. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ OD DNIA 09.09.1999	03. KOD PRZYCZYNY WYREJESTROWANIA 999	
V. ROZWIĄZANIE WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO			
01. DATA (dd/mm/yyyy) 09.09.1999	02. KOD WYGAŚNIĘCIA/ KOD TRYBU ROZWIĄZANIA STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO 999		
03. KOD PODSTAWY PRAWNEJ ROZWIĄZANIA/ WYGAŚNIĘCIA STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO 999	04. PODSTAWA PRAWNA ROZWIĄZANIA/ WYGAŚNIĘCIA STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
05. STRONA Z INICJATYWY, KTÓREJ NASTĄPIŁO ROZWIĄZANIE STOSUNKU PRACY 9			
VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ	
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999			
<small>OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.</small>		<small>OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.</small>	
<small>PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ, PIECZĄTKĘ PŁATNIKA ORAZ PODPIS OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.</small>			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS IWA

ZUS P I W A		INFORMACJA O DANYCH DO USTALENIA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE	
I. DANE ORGANIZ.		02. KOD TERYTORIALNY JEDNOSTKI TERENOWEJ	
01. IDENTYFIKATOR INFORMACJI	99.9999	02. KOD TERYTORIALNY JEDNOSTKI TERENOWEJ	999999
03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>		
05. DATA WPŁYWU (WYPEŁNIA ZUS)		POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS)	
<input type="text"/>		04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)	
06. ZNAK I NUMER DECYZJI POKONTROLNEJ		999999999999	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NUMER NIP	999999999	02. NUMER REGON	9999999999999
03. NUMER PESEL	99999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	999999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. DANE O LICZBIE UBEZPIECZONYCH ZGŁOSZONYCH DO UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO			
01. LICZBA UBEZPIECZONYCH 999999			
IV. ZESTAWIENIE DANYCH DO USTALENIA KATEGORII RYZYKA DLA PŁATNIKA SKŁADKI			
01. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI WEDŁUG PKD	9999X	02. LICZBA POSZKODOWANYCH W WYPADKACH PRZY PRACY OGÓLEM	999999
03. LICZBA POSZKODOWANYCH W WYPADKACH PRZY PRACY ŚMIERTELNYCH I CIĘŻKICH	999999	04. LICZBA ZATRUDNIONYCH W WARUNKACH ZAGROŻENIA	999999
V. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. UL.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. NR DOMU	9999999
05. NR LOKALU	9999999	08. NR TELEFONU	999999999999
06. NR TEL. DO TELETRANSMISJI	999999999999	07. SKR. POCZT.	99999
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999	10. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999			
<small>OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIESCIC NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.</small>			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS OSW

ZUS P OSW

OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NUMER NIP 9999999999 02. NUMER REGON 999999999999 03. NUMER PESEL 9999999999 04. RODZAJ DOKUMENTU 9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 999999999 06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA 09.09.1999

II. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. OŚWIADCZAM, ŻE ZAMIERZAM PRZEKAZAĆ RAPORTY INFORMACYJNE
02. ODWOŁUJĘ OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH

III. DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA

01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.
PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RIA

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 1	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Dokument przekazany pierwszorazowo (wpisać - 1) / korekta (wpisać - 2)		
1		
02. Data nadania (dd-mm-rrrr)	03. Nalepka "R"	
09-09-1999	XXX999999999999	

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON	
9999999999	999999999	
03. Numer PESEL	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	05. Seria i numer dokumentu
9999999999	1	XXX999999
06. Nazwa skrócona XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
07. Nazwisko XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	09-09-1999	

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
02. Imię pierwsze	03. Typ	04. Identyfikator
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1	XXX999999

IV. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

01. Data (dd-mm-rrrr)	02. Kod wygaśnięcia/ kod trybu rozwiązania stosunku pracy/ stosunku służbowego	
09-09-1999	99X	
03. Kod podstawy prawnej rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego		
999		
04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego		
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
05. Strona, z inicjatywy której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy; jeśli PRACOWNIK wpisz 1, jeśli PRACODAWCA - 2		
1		

V. KWOTA PRZYCHODU NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY NIŻ ROK, W KTÓRYM ZOSTAŁ WYPŁACONY, A PRZYCHÓD TEN STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Rok wypłaty	02. Przychód za rok	03. Kwota
1999	1999	999 999,99 zł

VI. KWOTA PRZYCHODU NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY NIŻ ROK, W KTÓRYM ZOSTAŁ WYPŁACONY, A PRZYCHÓD TEN STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Rok wypłaty	02. Przychód za rok	03. Kwota
1999	1999	999 999,99 zł

VII. KWOTA PRZYCHODU, ZA LATA KALENDARZOWE, WYPŁACONEGO OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBEWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Rok wypłaty	02. Przychód za rok	03. Kwota
1999	1999	999 999,99 zł

VIII. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 2 PKT 1 USTAWY Z DNIA 22 MAJA 2009 r. O NAUCZYCIELSKICH ŚWIADCZENIACH KOMPENSACYJNYCH (Dz.U. z 2024 r. poz. 245) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Okres od (dd-mm-rrrr)	02. Okres do (dd-mm-rrrr)	03. Wymiar zajęć
09-09-1999	- 09-09-1999	999/999

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 2	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	------------------	----------------------------

IX. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 1 USTAWY Z DNIA 26 STYCZNIA 1982 r. KARTA NAUCZYCIELA, (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.) - OD 1.01.1999 r.

01. Okres od (dd-mm-rrrr)	02. Okres do (dd-mm-rrrr)	03. Wymiar zajęć	04. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela - jeśli TAK, wpisz X
09-09-1999	- 09-09-1999	999/999	X

X. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB W SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 32 USTAWY Z DNIA 17 GRUDNIA 1998 r. O EMERYTURACH I RENTACH Z FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (Dz.U. z 2023 r. poz. 1251, z późn. zm.) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.

01. Pracodawca od dnia powstania posiada status podmiotu prywatnego i nie ma obowiązku stosowania wykazów stanowisk pracy w szczególnych warunkach stanowiących załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych - jeśli TAK, wpisz X
X

02. Okres od (dd-mm-rrrr)	03. Okres do (dd-mm-rrrr)	04. Praca wykonywana była stale i w pełnym wymiarze czasu pracy - jeśli TAK, wpisz X
09-09-1999	- 09-09-1999	X

05. Wymiar czasu pracy (podaj, jeśli nie wypełniłeś pola 04)
999/999

06. Kod pracy w szczególnym charakterze
X99999999

07. Kod pracy w szczególnych warunkach

08. Jeśli w kodzie w p. 07 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 - podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A
XX

09. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 07 (podaj, jeśli dotyczy)
XX

10. Kod pracy w szczególnych warunkach
X99999999

11. Jeśli w kodzie w p. 10 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 - podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A
XX

12. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 10 (podaj, jeśli dotyczy)
XX

13. W okresie zatrudnienia na kolei przysługiwał deputat węglowy (ekwiwalent pieniężny) - jeśli TAK, wpisz X
X

14. Zatrudnienie na kolei na stanowiskach nieobjętych wykazami stanowisk pracy w szczególnych warunkach, stanowiącymi załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych - jeśli TAK, wpisz X
X

XI. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 3 UST. 1 I 3 USTAWY Z DNIA 19 GRUDNIA 2008 r. O EMERYTURACH POMOSTOWYCH (Dz.U. z 2023 r. poz. 164, z późn. zm.) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.

01. Kod pracy w szczególnych warunkach/ o szczególnym charakterze	02. Okres od (dd-mm-rrrr)	03. Okres do (dd-mm-rrrr)	04. Wymiar czasu pracy
X99	09-09-1999	- 09-09-1999	999/999

XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd-mm-rrrr)
09-09-1999

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.