

## **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 jednej stronie formatu A4, z oznaczeniem producenta, nazwy oraz wersji oprogramowania na marginesach.

### **SPIS TREŚCI**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| DOKUMENT ZUS DRA .....        | 2  |
| DOKUMENT ZUS DRA cz. II ..... | 3  |
| DOKUMENT ZUS RCA .....        | 4  |
| DOKUMENT ZUS RCA cz. II ..... | 5  |
| DOKUMENT ZUS RPA .....        | 6  |
| DOKUMENT ZUS RSA .....        | 7  |
| DOKUMENT ZUS RZA .....        | 8  |
| DOKUMENT ZUS ZBA .....        | 10 |
| DOKUMENT ZUS ZCNA .....       | 11 |
| DOKUMENT ZUS ZFA .....        | 12 |
| DOKUMENT ZUS ZIPA .....       | 13 |
| DOKUMENT ZUS ZIUA .....       | 14 |
| DOKUMENT ZUS ZPA .....        | 15 |
| DOKUMENT ZUS ZUA .....        | 16 |
| DOKUMENT ZUS ZWPA .....       | 17 |
| DOKUMENT ZUS ZWUA .....       | 18 |
| DOKUMENT ZUS ZZA .....        | 19 |
| DOKUMENT ZUS IWA .....        | 20 |
| DOKUMENT ZUS ZSWA .....       | 21 |
| DOKUMENT ZUS OSW .....        | 22 |
| DOKUMENT ZUS RIA .....        | 23 |

# DOKUMENT ZUS DRA

|                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ZUS P D R A                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DEKLARACJA ROZLICZENIA ZUS                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01. NUMER NIP 9999999999                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 02. NUMER REGION 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. INNE INFORMACJE                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 02. WNIOSEK O DOFIN. SKŁ. ZA OS. NIEPEŁNOSPRAWNE 9                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 03. STOPA % SKŁ. NA UBEZP. 99,99                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | WYPADKOWE                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01. LICZBA UBEZPIECZONYCH 999999                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IV. ZESTAWIENIE 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                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| V. ZESTAWIENIE 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                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 05. ŁĄCZNA KWOTA DO POTRĄCENIA                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VI. ZESTAWIENIE 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                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 06. KWOTA NALEŻNEGO WYNAGR. DLA PŁATNIKA                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 07. KWOTA DO ZAPŁATY                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ PRACY I FUNDUSZ SOLIDARNOSCIOWY                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 02. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FGŚP                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 03. KWOTA DO ZAPŁATY                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999,99                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01. LICZBA PRACOWNIKÓW, ZA KTÓRYCH JEST OPŁACANA SKŁADKA NA FEP                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 999999                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 02. LICZBA STANOWISK PRACY W SZCZEG. WARUNKACH LUB O SZCZEG. CHARAKTERZE |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 999999                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 03. SUMA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FEP                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9999999999,99                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU/ ZAPŁATY (p.IV.37 + p.VI.07 + p.VII.03 + p.VIII.03 - p.V.05)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01. KWOTA DO ZWROTU PRZEZ ZUS                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 999999999999,99                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 02. KWOTA DO ZAPŁATY                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 999999999999,99                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 999999999999,99                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 999999999999,99                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X. DEKLARACJA DOCHODU (DOTYCZY OSÓB, KTÓRE OPŁACAJĄ SKŁADKI WYŁĄCZNIE ZA SIEBIĘ)                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA 99 99 9 9                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE 99999999,99 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 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<br>JEST PODST. WYMIARU<br>SKŁ. NA UB. EMERYTALNE I RENTOWE | 2018                         | 05. ZNAK I NUMER<br>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<br>DOKUMENTU           | 9            |
| 05. SERIA I NUMER DOKUMENTU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 9999999999                           | 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<br>ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.<br>PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA. POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY<br>UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU. |                                      |                    |                                      |                                                                                       |                              |                                   |              |

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

## DOKUMENT ZUS RCA

| ZUS P RCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH<br>I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH   |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 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 9999999999 04. RODZAJ DOKUMENTU 9 |                           |
| 05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX9999999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                              |                           |
| 07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                         |                           |
| 09. DATA URODZENIA 09.09.1999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                  |                           |
| III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                  |                           |
| 01. NAZWISKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 02. IMIĘ PIERWSZE                                                                | 03. TYP 04. IDENTYFIKATOR |
| A. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                          | P 9999999999              |
| B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                          | P 9999999999              |
| C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                          | P 9999999999              |
| D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                          | P 9999999999              |
| IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                  |                           |
| 01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | A. 99 99 9 9                                                                     | B. 99 99 9 9              |
| 02. INFORMACJA O PRZEKROCZENIU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 9                                                                                | 9                         |
| 03. WYMIAR CZASU PRACY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 999 999                                                                          | 999 999                   |
| 04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZP. EMERYTALNE I RENTOWE                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 999999,99                                                                        | 999999,99                 |
| 05. UBEZPIECZONEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 06. PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 07. BUDŻET PAŃSTWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 08. PFRON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 09. FUNDUSZ KOŚCIELNY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 10. UBEZPIECZONEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 11. PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 12. BUDŻET PAŃSTWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 13. PFRON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 14. FUNDUSZ KOŚCIELNY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 15. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE CHOROBOWE                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 999999,99                                                                        | 999999,99                 |
| 16. UBEZPIECZONEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 17. PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 18. BUDŻET PAŃSTWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 19. PFRON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 20. FUNDUSZ KOŚCIELNY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 21. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 999999,99                                                                        | 999999,99                 |
| 22. UBEZPIECZONEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 23. PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 24. BUDŻET PAŃSTWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 25. PFRON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 26. FUNDUSZ KOŚCIELNY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 27. KWOTA OBIĘŻENIA PODST. WYM. SKŁ. NA UBEZP. SPOŁ. Z TYTUŁU OPLACANIA SKŁ. W RAMACH P.P.E                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 28. KWOTA WPLATY W RAMACH PRACOWNICZEGO PLANU KAPITAŁOWEGO FIN. PRZECZ. PŁATNIKA SKŁ.                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 29. ŁĄCZNA KWOTA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 999999,99                                                                        | 999999,99                 |
| V. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                  |                           |
| 01. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 999999,99                                                                        | 999999,99                 |
| 02. PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 03. BUDŻET PAŃSTWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 04. UBEZPIECZONEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 05. FUNDUSZ KOŚCIELNY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| VI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                  |                           |
| 01. RODZINNEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 02. WYCHOWAWCZEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 03. PIEŁĘGNACYJNEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 99999,99                                                                         | 99999,99                  |
| 04. ŁĄCZNA KWOTA WYPŁ. ZASIŁKÓW                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 999999,99                                                                        | 999999,99                 |
| VII. 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.<br>PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU<br>NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU. |  |                                                                                  |                           |

## DOKUMENT ZUS RCA cz. II

| ZUS P R C A cz. II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |                    |                                      | IMIENNY RAPORT cz. II.                                                                |                              |                                   |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| I. DANE ORG.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      | 01. ID DEKLARACJI  | 99                                   | 02. ROK, NA KTÓRY USTALONA<br>JEST PODST. WYMIARU<br>SKŁ. NA UB. EMERYTALNE I RENTOWE | 9999                         | 05. ZNAK I NUMER<br>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<br>DOKUMENTU           | 9            |
| 05. SERIA I NUMER DOKUMENTU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 9999999999                           | 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<br>ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.<br>PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY<br>UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU. |                                      |                    |                                      |                                                                                       |                              |                                   |              |

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

## DOKUMENT ZUS RPA

| ZUS P R P A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/<br>OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ |                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| I. DANE ORGANIZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                 | 01. IDENTYFIKATOR RAPORTU 01.10.2018                                                      |                              |  |
| II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| 01. NUMER NIP 9999999999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 02. NUMER REGION 99999999999999                 |                                                                                           | 03. NUMER PESEL 9999999999   |  |
| 04. RODZAJ DOKUMENTU 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| 05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 9999999999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |                                                                                           |                              |  |
| 07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX            |                                                                                           |                              |  |
| 09. DATA URODZENIA 09.09.1999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| 01. NAZWISKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 02. IMIĘ PIERWSZE                               |                                                                                           | 03. TYP                      |  |
| 04. IDENTYFIKATOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 05. KOD TYTUŁU                                  |                                                                                           |                              |  |
| A. XXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | XXXXXXXXXX                                      |                                                                                           | P 9999999                    |  |
| B. XXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | XXXXXXXXXX                                      |                                                                                           | P 9999999                    |  |
| C. XXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | XXXXXXXXXX                                      |                                                                                           | P 9999999                    |  |
| D.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| III. B. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNE I RENTOWE                                                                                                                                                                                                    |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| A. Lp. Przychód za rok Kwota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | B. Lp. Przychód za rok Kwota                    |                                                                                           | C. Lp. Przychód za rok Kwota |  |
| D. Lp. Przychód za rok Kwota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| 1 9999 999999,99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 1 9999 999999,99                                |                                                                                           | 1 9999 999999,99             |  |
| 2 9999 999999,99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 2 9999 999999,99                                |                                                                                           | 2 9999 999999,99             |  |
| 3 9999 999999,99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 3 9999 999999,99                                |                                                                                           | 3 9999 999999,99             |  |
| III. C. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE                                                                                                                                                                                                               |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| A. Lp. Przychód za rok Kwota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | B. Lp. Przychód za rok Kwota                    |                                                                                           | C. Lp. Przychód za rok Kwota |  |
| D. Lp. Przychód za rok Kwota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| 1 9999 999999,99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 1 9999 999999,99                                |                                                                                           | 1 9999 999999,99             |  |
| 2 9999 999999,99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 2 9999 999999,99                                |                                                                                           | 2 9999 999999,99             |  |
| 3 9999 999999,99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 3 9999 999999,99                                |                                                                                           | 3 9999 999999,99             |  |
| III. D. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNE I RENTOWE                                               |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| A. Lp. Kwota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | B. Lp. Kwota                                    |                                                                                           | C. Lp. Kwota                 |  |
| D. Lp. Kwota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| 1 999999,99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 1 999999,99                                     |                                                                                           | 1 999999,99                  |  |
| III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| A. Lp. Przychód za rok Kwota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | B. Lp. Przychód za rok Kwota                    |                                                                                           | C. Lp. Przychód za rok Kwota |  |
| D. Lp. Przychód za rok Kwota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| 1 9999 999999,99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 1 9999 999999,99                                |                                                                                           | 1 9999 999999,99             |  |
| 2 9999 999999,99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 2 9999 999999,99                                |                                                                                           | 2 9999 999999,99             |  |
| 3 9999 999999,99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 3 9999 999999,99                                |                                                                                           | 3 9999 999999,99             |  |
| III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| OKRES OD (dd-mm-rrrr)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | OKRES DO (dd-mm-rrrr)                           |                                                                                           | WYMIAR ZAJĘĆ                 |  |
| A. 01. 09.09.1999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 02. 09.09.1999                                  |                                                                                           | 03. 009 / 009                |  |
| 04. 09.09.1999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 05. 09.09.1999                                  |                                                                                           | 06. 009 / 009                |  |
| B. 01. 09.09.1999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 02. 09.09.1999                                  |                                                                                           | 03. 009 / 009                |  |
| 04. 09.09.1999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 05. 09.09.1999                                  |                                                                                           | 06. 009 / 009                |  |
| C. 01. 09.09.1999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 02. 09.09.1999                                  |                                                                                           | 03. 009 / 009                |  |
| 04. 09.09.1999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 05. 09.09.1999                                  |                                                                                           | 06. 009 / 009                |  |
| D. 01. 02.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 05. 03.                                         |                                                                                           | 06. 03.                      |  |
| 04. 05.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |
| 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 KARNIEJ ZA ZEZNAWANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.<br>PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA DOLE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.                 |  |                                                 |                                                                                           |                              |  |

# DOKUMENT ZUS RSA

**ZUS P RSA**

**I. DANE ORGANIZ.** 01. IDENTYFIKATOR RAPORTU 99 99.9999

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. NUMER NIP 9999999999 02. NUMER REGION 99999999999999 03. NUMER PESEL 99999999999 04. RODZAJ DOKUMENTU 9

05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XX999999 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 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | P       | 99999999999       |
| B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | P       | 99999999999       |
| C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | P       | 99999999999       |
| D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | P       | 99999999999       |
| E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | P       | 99999999999       |
| F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 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 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | P       | 99999999999       |
| H. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | P       | 99999999999       |
| I. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | P       | 99999999999       |
| J. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | P       | 99999999999       |
| K. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | P       | 99999999999       |
| L. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 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 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

## DOKUMENT ZUS RZA

| ZUS P R Z A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH<br>NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE |  |                                                             |  |                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| I. DANE ORGANIZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 01. IDENTYFIKATOR RAPORTU 99 99.9999                                          |  |                                                             |  |                   |  |
| II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                               |  |                                                             |  |                   |  |
| 01. NUMER NIP 9999999999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 02. NUMER REGION 99999999999999                                               |  |                                                             |  |                   |  |
| 03. NUMER PESEL 999999999999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 04. RODZAJ DOKUMENTU 9                                                        |  |                                                             |  |                   |  |
| 05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XX999999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| IV. I NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                               |  | 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           |  |                   |  |
| 02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                               |  | 999999,99 999999,99 999999,99 999999,99 999999,99 999999,99 |  |                   |  |
| 03. PŁATNIKA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                               |  | 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99       |  |                   |  |
| 04. BUDŻET PAŃSTWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                               |  | 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99       |  |                   |  |
| 05. UBEZPIECZONEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                               |  | 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99       |  |                   |  |
| 06. FUNDUSZ KOŚCIELNY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                               |  | 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99       |  |                   |  |
| III. II DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                               |  | 02. IMIĘ PIERWSZE 03. TYP 04. IDENTYFIKATOR                 |  |                   |  |
| 01. NAZWISKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 02. IMIĘ PIERWSZE                                                             |  | 03. TYP                                                     |  | 04. IDENTYFIKATOR |  |
| G. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| H. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| I. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| J. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| K. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| L. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                         |  | P                                                           |  | 999999999999      |  |
| IV. II NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                               |  | 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           |  |                   |  |
| 02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                               |  | 999999,99 999999,99 999999,99 999999,99 999999,99 999999,99 |  |                   |  |
| 03. PŁATNIKA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                               |  | 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99       |  |                   |  |
| 04. BUDŻET PAŃSTWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                               |  | 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99       |  |                   |  |
| 05. UBEZPIECZONEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                               |  | 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99 99999,99       |  |                   |  |
| 06. FUNDUSZ KOŚCIELNY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                               |  | 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. |  |                                                                               |  |                                                             |  |                   |  |



## 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 99999999999                  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 99999999999                  |                                                                     |                              |
| 09. ZAGR. KOD POCZT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | XX-999999999                 |                                                                     |                              |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 99999999999                  |                                                                     |                              |
| 09. ZAGR. KOD POCZT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | XX-999999999                 |                                                                     |                              |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 99999999999                  |                                                                     |                              |
| 09. ZAGR. KOD POCZT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | XX-999999999                 |                                                                     |                              |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 99999999999                  |                                                                     |                              |
| 09. ZAGR. KOD POCZT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | XX-999999999                 |                                                                     |                              |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 99999999999                  |                                                                     |                              |
| 09. ZAGR. KOD POCZT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | XX-999999999                 |                                                                     |                              |
| 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 KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.<br>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 ZBA

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

## DOKUMENT ZUS ZCNA

| ZUS P ZCNA                                                                                                                                                                   |                              | ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY<br>DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO                                                                                                 |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 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                                                                                                                                                              | 999999999999                 | 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                                                                                                                                                              | 999999999999                 | 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                                                                                                                                                              | 999999999999                 | 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                                                                                                                                                              | 999999999999                 | 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                                                                                                                                                              | 999999999999                 | 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                                                                                                                                                              | 999999999999                 | 08. ZAGR. KOD POCZT.                                                                                                                                                         | XX-999999999                 |
| VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 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 ZFA

[illegible]

## DOKUMENT ZUS ZIPA

| ZUS P ZIPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              | ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH<br>PŁATNIKA SKŁADEK |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|
| I. DANE ORGANIZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              | 01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2)<br>9                   |                              |
| 02.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              | 03.                                                            |                              |
| II. POPRZEDNIE 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 99999999999                  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9999999999                   | 02. NUMER REGON                                                | 99999999999999               |
| 03. NUMER PESEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 99999999999                  | 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.<br>PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU<br>NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU. |                              |                                                                |                              |

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

## DOKUMENT ZUS ZIUA

| ZUS P ZIUA                                                                                                                                                                   |                              | ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ                                                                                                               |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| I. DANE ORGANIZ.                                                                                                                                                             |                              | 01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ 9                                                                                       |                              |
| 02.                                                                                                                                                                          |                              | 03.                                                                                                                                                                          |                              |
| 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                                                                                                                                                              | 99999999999                  | 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. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ                                                                                                                     |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 01. NUMER PESEL                                                                                                                                                              | 99999999999                  | 02. NUMER NIP                                                                                                                                                                | 9999999999                   |
| 03. RODZAJ DOKUMENTU                                                                                                                                                         | 9                            | 04. SERIA I NUMER DOKUMENTU                                                                                                                                                  | XXX999999                    |
| 05. NAZWISKO                                                                                                                                                                 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 07. DATA URODZENIA                                                                                                                                                           | 09.09.1990                   |
| 06. IMIĘ PIERWSZE                                                                                                                                                            | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX         |                                                                                                                                                                              |                              |
| IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ                                                                                                                        |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 01. NUMER PESEL                                                                                                                                                              | 99999999999                  | 02.                                                                                                                                                                          |                              |
| 03. RODZAJ DOKUMENTU                                                                                                                                                         | 9                            | 04. SERIA I NUMER DOKUMENTU                                                                                                                                                  | XXX999999                    |
| 05. NAZWISKO                                                                                                                                                                 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 07. DATA URODZENIA                                                                                                                                                           | 09.09.1999                   |
| 06. IMIĘ PIERWSZE                                                                                                                                                            | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX         |                                                                                                                                                                              |                              |
| 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 UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU. |                              |                                                                                                                                                                              |                              |

# DOKUMENT ZUS ZPA

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

# DOKUMENT ZUS ZUA

[illegible]



## DOKUMENT ZUS ZWPA

| ZUS P ZWPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| I. DANE ORGANIZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 02. KOREKTA DANYCH WYREJESTR. PŁATN. SKŁADEK |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 04.                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 04. RODZAJ DOKUMENTU                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01. NUMER NIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9999999999                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 02. NUMER REGON          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 99999999999999                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 03. NUMER PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 999999999999 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 05. SERIA I NUMER DOKUMENTU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | XXX9999999                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 06. NAZWA SKR.           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 07. NAZWISKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 08. IMIĘ PIERW.          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                                                                                                                                          |                              |
| 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ                                                                                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 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                                                                                                                                                                                                            | 9999999999                   | 04. RODZAJ DOKUMENTU                                                                                                                                                         | 9                            |
| 05. SERIA I NUMER DOKUMENTU                                                                                                                                                                                                | 9999999999                   | 06. NAZWA SKRÓCONA                                                                                                                                                           | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 07. NAZWISKO                                                                                                                                                                                                               | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 08. IMIĘ PIERW.                                                                                                                                                              | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 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                                                                                                                                                  | 9999999999                   |
| 05. NAZWISKO                                                                                                                                                                                                               | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 06. IMIĘ PIERWSZE                                                                                                                                                            | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 07. DATA URODZENIA                                                                                                                                                                                                         | 09.09.1999                   |                                                                                                                                                                              |                              |
| 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                                                                                                                                           | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |                                                                                                                                                                              |                              |
| 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                   |                                                                                                                                                                              |                              |
| 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, PIECZĄTKĘ PŁATNIKA ORAZ PODPIS OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU. |                              |                                                                                                                                                                              |                              |

## DOKUMENT ZUS ZZA

|                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>ZUS P ZZA</b>                                                                                                                                                                                                                  |                              | ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO /<br>ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH                                                                                                        |                              |
| I. DANE ORGANIZ. 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZP. ZDROWOTNEGO                                                                                                                                                                             |                              | X 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) DANYCH 9                                                                                                                           |                              |
| 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                                                                                                                                                                                                                   | 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                   |                                                                                                                                                                              |                              |
| III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 01. NUMER PESEL                                                                                                                                                                                                                   | 99999999999                  | 02.                                                                                                                                                                          |                              |
| 03. RODZAJ DOKUMENTU                                                                                                                                                                                                              | 9                            | 04. SERIA I NUMER DOKUMENTU                                                                                                                                                  | XXX999999                    |
| 05. NAZWISKO                                                                                                                                                                                                                      | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 07. DATA URODZENIA                                                                                                                                                           | 09.09.1990                   |
| 06. IMIĘ PIERWSZE                                                                                                                                                                                                                 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |                                                                                                                                                                              |                              |
| IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 01. IMIĘ DRUGIE                                                                                                                                                                                                                   | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 02. NAZWISKO RODOWE                                                                                                                                                          | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 03. OBYWATELSTWO                                                                                                                                                                                                                  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 04. PŁEĆ                                                                                                                                                                     | X                            |
| V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 01. KOD TYT. UBEZP.                                                                                                                                                                                                               | 99 99 9 9                    |                                                                                                                                                                              |                              |
| VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 01. DATA POWSTANIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA                                                                                                                                                                                        | 09.09.1999                   | 02. KOD ODDZIAŁU NFZ                                                                                                                                                         | 99X                          |
| VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 01. DATA ROZPOCZĘCIA UBEZPIECZENIA                                                                                                                                                                                                | 09.09.1999                   | 02. KOD ODDZIAŁU NFZ                                                                                                                                                         | 99X                          |
| VIII. ADRES ZAMELADOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU                                                                                                                                                                                 |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 01. KOD                                                                                                                                                                                                                           | 99-999                       | 02. MIEJSC.                                                                                                                                                                  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 03. GMINA / DZIELNICA                                                                                                                                                                                                             | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 04. ULICA                                                                                                                                                                    | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 05. NR DOMU                                                                                                                                                                                                                       | 9999999                      | 06. NR LOKALU                                                                                                                                                                | 9999999                      |
| 07. NR TELEFONU                                                                                                                                                                                                                   | 99999999999                  | 08. ZAGR. KOD POCZT.                                                                                                                                                         | XX-999999999                 |
| IX. ADRES ZAMIESZKANIA                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 01. KOD                                                                                                                                                                                                                           | 99-999                       | 02. MIEJSC.                                                                                                                                                                  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 03. GMINA / DZIELNICA                                                                                                                                                                                                             | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 04. ULICA                                                                                                                                                                    | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 05. NR DOMU                                                                                                                                                                                                                       | 9999999                      | 06. NR LOKALU                                                                                                                                                                | 9999999                      |
| 07. NR TELEFONU                                                                                                                                                                                                                   | 99999999999                  | 08. ZAGR. KOD POCZT.                                                                                                                                                         | XX-999999999                 |
| X. ADRES DO KORESpondENCJI                                                                                                                                                                                                        |                              |                                                                                                                                                                              |                              |
| 01. KOD                                                                                                                                                                                                                           | 99-999                       | 02. MIEJSC.                                                                                                                                                                  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 03. ULICA                                                                                                                                                                                                                         | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 04. NR DOMU                                                                                                                                                                  | 9999999                      |
| 05. NR LOKALU                                                                                                                                                                                                                     | 9999999                      | 06. NR LOKALU                                                                                                                                                                | 9999999                      |
| 07. NR TELEFONU                                                                                                                                                                                                                   | 99999999999                  | 08. ZAGR. KOD POCZT.                                                                                                                                                         | XX-999999999                 |
| 09. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ                                                                                                                                                                                                   | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |                                                                                                                                                                              |                              |
| XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                 |                              | XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZEN                                                                                                               |                              |
| 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 UPOWAŻNIONEJ, PIECZĄTKĘ PŁATNIKA ORAZ PODPIS OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZEN 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 IWA

| ZUS P I W A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              | INFORMACJA O DANYCH DO USTALENIA SKŁADKI<br>NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE    |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| I. DANE ORGANIZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              | 01. IDENTYFIKATOR INFORMACJI                                              | 02. KOD TERYTORIALNY JEDNOSTKI TERENOWEJ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              | 99.9999                                                                   | 999999                                   |
| 03.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              | 04.                                                                       |                                          |
| 05. DATA WPŁYWU (WYPEŁNIA ZUS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              | POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS)<br>04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS) |                                          |
| 06. ZNAK I NUMER DECYZJI POKONTROLNEJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              | 999999999999                                                              |                                          |
| II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                           |                                          |
| 01. NUMER NIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9999999999                   | 02. NUMER REGION                                                          | 99999999999999                           |
| 03. NUMER PESEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 999999999999                 | 04. RODZAJ DOKUMENTU                                                      | 9                                        |
| 05. SERIA I NUMER DOKUMENTU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 9999999999                   | 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 OGÓŁEM                   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 99999999                     | 06. NR TELEFONU                                                           | 999999999999                             |
| 07. SKR. POCZT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 99999                        | 08. NR TELEFONU                                                           | 999999999999                             |
| 09. ZAGR. KOD POCZT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | XX-999999999                 | 10. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ                                           | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX             |
| VI. 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.<br>PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU<br>NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU. |                              |                                                                           |                                          |

## DOKUMENT ZUS ZSWA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ZUS P ZSWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY<br>W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE |  |
| I. DANE ORGANIZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 01. ID ZGŁOSZENIA 999/9999                                                                    |  |
| 02.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 03.                                                                                           |  |
| 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.A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                               |  |
| 01. ZGŁOSZENIE DANYCH X 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH X                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                               |  |
| 03. NUMER PESEL 9999999999 04. 05. RODZAJ DOKUMENTU 9 06. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                               |  |
| 07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                               |  |
| 08. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 09. DATA URODZENIA 09.09.1990                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                               |  |
| III.B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                               |  |
| 01. KOD TYT. UBEZP. KOD PRACY W SZCZEG. OKRES PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHARAKTERZE WYMIAR CZASU PRACY<br>WAR. / O SZCZEG. CHAR. OD DNIA DO DNIA                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                               |  |
| 99 99 9 9 02. 999 03. 09.09.1999 04. 09.09.1999 05. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                               |  |
| 06. 999 07. 09.09.1999 08. 09.09.1999 09. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |  |
| 10. 999 11. 09.09.1999 12. 09.09.1999 13. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |  |
| 14. 999 15. 09.09.1999 16. 09.09.1999 17. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |  |
| IV.A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                               |  |
| 01. ZGŁOSZENIE DANYCH X 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH X                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                               |  |
| 03. NUMER PESEL 9999999999 04. 05. RODZAJ DOKUMENTU 9 06. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                               |  |
| 07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                               |  |
| 08. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 09. DATA URODZENIA 09.09.1990                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                               |  |
| IV.B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                               |  |
| 01. KOD TYT. UBEZP. KOD PRACY W SZCZEG. OKRES PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHARAKTERZE WYMIAR CZASU PRACY<br>WAR. / O SZCZEG. CHAR. OD DNIA DO DNIA                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                               |  |
| 99 99 9 9 02. 999 03. 09.09.1999 04. 09.09.1999 05. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                               |  |
| 06. 999 07. 09.09.1999 08. 09.09.1999 09. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |  |
| 10. 999 11. 09.09.1999 12. 09.09.1999 13. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |  |
| 14. 999 15. 09.09.1999 16. 09.09.1999 17. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |  |
| V.A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                               |  |
| 01. ZGŁOSZENIE DANYCH X 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH X                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                               |  |
| 03. NUMER PESEL 9999999999 04. 05. RODZAJ DOKUMENTU 9 06. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                               |  |
| 07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                               |  |
| 08. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 09. DATA URODZENIA 09.09.1990                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                               |  |
| V.B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                               |  |
| 01. KOD TYT. UBEZP. KOD PRACY W SZCZEG. OKRES PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHARAKTERZE WYMIAR CZASU PRACY<br>WAR. / O SZCZEG. CHAR. OD DNIA DO DNIA                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                               |  |
| 99 99 9 9 02. 999 03. 09.09.1999 04. 09.09.1999 05. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                               |  |
| 06. 999 07. 09.09.1999 08. 09.09.1999 09. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |  |
| 10. 999 11. 09.09.1999 12. 09.09.1999 13. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |  |
| 14. 999 15. 09.09.1999 16. 09.09.1999 17. 999 999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |  |
| VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |  |
| 01. DATA WYPEŁNIENIA 02.02.2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                               |  |
| OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI<br>KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.<br>PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU<br>NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU. |  |                                                                                               |  |

DOKUMENT ZUS OSW

ZUS P OSW

OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NUMER NIP 9999999999 02. NUMER REGON 99999999999999 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 X  
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<br>SPOŁECZNYCH | <b>ZUS RIA</b> | strona: 1 | <b>RAPORT INFORMACYJNY</b> |
|-----------------------------------|----------------|-----------|----------------------------|

### I. DANE ORGANIZACYJNE

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

### II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

|                                                    |                                                                                  |                                           |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 01. Numer NIP (wpisać bez kresek)<br>9999999999    | 02. Numer REGON<br>99999999999999                                                |                                           |
| 03. Numer PESEL<br>11111111111                     | 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty,<br>wpisać 1, jeśli paszport - 2<br>1 | 05. Seria i numer dokumentu<br>XXX999999  |
| 06. Nazwa skrócona<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 07. Nazwisko<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                     | 08. Imię pierwsze<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 09. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)<br>09-09-1999      |                                                                                  |                                           |

### III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

|                                              |                                           |              |                                |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| 01. Nazwisko<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 02. Imię pierwsze<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 03. Typ<br>1 | 04. Identyfikator<br>XXX999999 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|--------------------------------|

### IV. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

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

### VII. KWOTA PRZYCHODU, ZA LATA KALENDARZOWE, WYPŁACONEGO OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, 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<br>1999 | 02. Przychód za rok<br>1999 | 03. Kwota<br>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 2018 r. poz. 128) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

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

|                                   |         |           |                     |
|-----------------------------------|---------|-----------|---------------------|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>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 2018 r. poz. 967, z późn. zm.) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 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 2018 r. poz. 1270, 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<br>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)                                                                                                                                                                                                                       |                           | 06. Kod pracy w szczególnym charakterze                                              |  |
| 999/999                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           | 999999999                                                                            |  |
| 07. Kod pracy w szczególnych warunkach<br>X99999999                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                      |  |
| 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<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |                           |                                                                                      |  |
| 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)<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                    |                           |                                                                                      |  |
| 10. Kod pracy w szczególnych warunkach<br>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<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |                           |                                                                                      |  |
| 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)<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                    |                           |                                                                                      |  |
| 13. W okresie zatrudnienia na kolei przysługiwał deputat węglowy (ekwiwalent pieniężny) - jeśli TAK, wpisz X<br>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<br>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 2017 r. poz. 664, 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 |
| 999                                                               | 09-09-1999                | - 09-09-1999              | 999/999                |

**XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

|                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01. Data wypełnienia (dd-mm-rrrr)                                                                                                                                           |
| 09-09-2018                                                                                                                                                                  |
| Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności kamej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. |