

ZAŁĄCZNIK 5

WZORY WYDRUKÓW FORMULARZY UBEZPIECZENIOWYCH ZUS

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

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

SPIS TREŚCI

DOKUMENT ZUS DRA	2
DOKUMENT ZUS DRA cz. II	4
DOKUMENT ZUS RCA	5
DOKUMENT ZUS RCA cz. II	7
DOKUMENT ZUS RPA	8
DOKUMENT ZUS RSA	9
DOKUMENT ZUS ZAA	10
DOKUMENT ZUS ZBA	11
DOKUMENT ZUS ZCNA	12
DOKUMENT ZUS ZFA	13
DOKUMENT ZUS ZIPA	14
DOKUMENT ZUS ZIUA	15
DOKUMENT ZUS ZPA	16
DOKUMENT ZUS ZUA	17
DOKUMENT ZUS ZWPA	18
DOKUMENT ZUS ZWUA	19
DOKUMENT ZUS ZZA	20
DOKUMENT ZUS IWA	21
DOKUMENT ZUS ZSWA	22
DOKUMENT ZUS OSW	23
DOKUMENT ZUS RIA	24

DOKUMENT ZUS DRA

[illegible]

Dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane przez ZUS.

Roboczy		ZUS P D R A		DEKLARACJA ROZLICZENIOWA	
I. DANE ORG. 01. TER.PRZYS.DEK I RAP. 9		02. ID DEKLARACJI 99 99.9999		05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR. 999999999999	
03.		04.			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK					
01. NUMER NIP 9999999999		02. NUMER REGION 999999999		03. NUMER PESEL 99999999999	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999		06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		04. RODZAJ DOKUMENTU 9	
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
09. DATA URODZENIA 09.09.1999					
XI. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIAZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. FORMA OPODATK.: PODATEK WEDŁUG SKALI		X		02. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZL. 99999999,99	
05. FORMA OPODATK.: PODATEK LINIOWY		X		06. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZL. 99999999,99	
09. FORMA OPODATK.: KARTA PODATKOWA		X		07. PODST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE 99999999,99	
12. FORMA OPODATK.: RYCZAŁT OD PRZYCH. EWIDENCJONOWANYCH		X		08. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ. 99999999,99	
13. SUMA PRZYCH. W BIEŻĄCYM ROKU 99999999,99		14. DEKLAR. OPL. SKŁADEK NA PODST. PRZYCH. Z UB. ROKU		X	
		15. KW. PRZYCH. W UB. ROKU 99999999,99			
		16. PODST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE 99999999,99		17. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ. 99999999,99	
18. BEZ FORMY OPODATKOWANIA		X		19. PODST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE 99999999,99	
				20. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ. 99999999,99	
XII. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W PRZYPADKU STOSOWANIA OPODATKOWANIA W FORMIE RYCZAŁTU OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH					
01. ROZLICZENIE SKŁADKI ZDROWOTNEJ ZA ROK		9999			
02. KWOTA PRZYCH. OSIĄGNIĘTYCH Z DZIAŁ. GOSPOD. W ROKU, KTOREGO DOT. ROCZNE ROZL.		999999999,99			
03. ROCZNA SKŁADKA OBLICZONA OD ROCZNEJ PODSTAWY WYMIARU SKŁADKI		999999999,99			
04. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTOREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE		999999999,99			
05. KWOTA DO DOPLATY		999999999,99			
XIII. 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 SKŁADEK LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA SKŁADEK POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE W DOKUMENCIE UMIEŚĆ OBOK DATY WYPEŁNIENIA.					
Pouczenie. W przypadku niewpłaty w obowiązującym terminie kwoty z poz. 0X.02 lub wpłaty jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.)					

Dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane przez ZUS.

STRONA 2

DOKUMENT ZUS DRA cz. II

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

DOKUMENT ZUS RCA

ZUS P RCA		IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH		
I. DANE ORGANIZ.				
01. IDENTYFIKATOR RAPORTU	99 99.9999			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGION	999999999	
03. NUMER PESEL	99999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
09. DATA URODZENIA	09.09.1999			
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH				
01. NAZWISKO	02. IMIĘ PIERWSZE	03. TYP	04. IDENTYFIKATOR	
A. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999	
B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999	
C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999	
D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999	
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE				
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA	A. 99 99 9 9	B. 99 99 9 9	C. 99 99 9 9	D. 99 99 9 9
02. INFORMACJA O PRZEKROCZENIU	9	9	9	9
03. WYMIAR CZASU PRACY	999 999	999 999	999 999	999 999
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZP. EMERYTALNE I RENTOWE	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99
05. UBEZPIECZONEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
06. PŁATNIKA SKŁADEK	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
07. BUDŻET PAŃSTWA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
08. PFRON	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
09. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
10. UBEZPIECZONEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
11. PŁATNIKA SKŁADEK	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
12. BUDŻET PAŃSTWA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
13. PFRON	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
14. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
15. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE CHOROBY	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99
16. UBEZPIECZONEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
17. PŁATNIKA SKŁADEK	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
18. BUDŻET PAŃSTWA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
19. PFRON	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
20. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
21. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99
22. UBEZPIECZONEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
23. PŁATNIKA SKŁADEK	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
24. BUDŻET PAŃSTWA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
25. PFRON	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
26. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
27. KWOTA OBNIŻENIA PODST. WYM. SKŁ. NA UBEZP. SPÓŁ. Z TYTUŁU OPŁACANIA SKŁ. W RAMACH P P E	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
28. KWOTA WPLĄTY W RAMACH PRACOWNICZEGO PLANU KAPITAŁOWEGO FIN. PRZEZ PŁATNIKA SKŁ.	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
29. ŁĄCZNA KWOTA SKŁADEK	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99
V. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
01. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99
02. PŁATNIKA SKŁADEK	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
03. BUDŻET PAŃSTWA	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
04. UBEZPIECZONEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
05. FUNDUSZ KOŚCIELNY	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
VI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA				
01. RODZINNEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
02. WYCHOWAWCZEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
03. PIELEGNACYJNEGO	99999,99	99999,99	99999,99	99999,99
04. ŁĄCZNA KWOTA WYPŁ. ZASIŁKÓW	999999,99	999999,99	999999,99	999999,99

Roboczy		ZUS P R C A		10.02.002		IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH	
I. DANE ORGANIZ.		01. IDENTYFIKATOR RAPORTU		99 99.9999			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. NUMER NIP		9999999999		02. NUMER REGION		9999999999	
03. NUMER PESEL		999999999999		04. RODZAJ DOKUMENTU		9	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU		XX999999		06. NAZWA SKRÓCONA		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
07. NAZWISKO		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW.		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
09. DATA URODZENIA		09.09.1999					
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH							
01. NAZWISKO		02. IMIĘ PIERWSZE		03. TYP		04. IDENTYFIKATOR	
A. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
VII. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. FORMA OPODATKOWANIA: PODATEK WEDŁUG SKALI		A. X		B. X		C. X	
02. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZŁ.		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
03. PODST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
04. KWOTA NALEŻNEJ SKŁADKI		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
05. FORMA OPODATKOWANIA: PODATEK LINIOWY		X		X		X	
06. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZŁ.		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
07. PODST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
08. KWOTA NALEŻNEJ SKŁADKI		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
09. FORMA OPODATKOWANIA: KARTA PODATKOWA		X		X		X	
10. PODST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
11. KWOTA NALEŻNEJ SKŁADKI		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
12. FORMA OPODATKOWANIA: RYCZAŁT OD PRZYCH. EWIDENCJONOWANYCH		X		X		X	
13. SUMA PRZYCH. W BIEŻĄCYM ROKU		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
14. DEKLAR. OPŁ. SKŁADEK NA PODST. PRZYCH. Z UB. ROKU		X		X		X	
15. KWOTA PRZYCH. W UB. ROKU		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
16. PODST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
17. KWOTA NALEŻNEJ SKŁADKI		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
18. BEZ FORMY OPODATKOWANIA		X		X		X	
19. PODST. WYM. SKŁ. NA UB. ZDROWOTNE		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
20. KWOTA NALEŻNEJ SKŁADKI		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
VIII. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W PRZYPADKU STOSOWANIA OPODATKOWANIA W FORMIE RYCZAŁTU OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH							
01. ROZLICZENIE SKŁADKI ZDROWOTNEJ ZA ROK		9999		9999		9999	
02. KWOTA PRZYCH. OSIĄGNIĘTYCH Z DZIAŁ. GOSPOD. W ROKU, KTÓREGO DOT. ROCZNE ROZŁ.		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
03. ROCZNA SKŁADKA OBLICZONA OD ROCZNEJ PODSTAWY WYMIARU SKŁADKI		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
04. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
05. KWOTA DO DOPLATY		99999999,99		99999999,99		99999999,99	
IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. DATA WYPEŁNIENIA		09.09.1999					
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWIARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM (ŚWIADOMY(-MA)) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNIEJ ZA ZERZUCANIE NIEPRAWIDŁY LUB ZATAJANIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA SKŁADEK LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA SKŁADEK POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWIARTE W DOKUMENCIE UMIEŚĆ OBOK DATY WYPEŁNIENIA.							

Dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane przez ZUS.

Dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane przez ZUS.

Dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane przez ZUS.

Dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane przez ZUS.

DOKUMENT ZUS RCA cz. II

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RPA

ZUS RPA			IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ 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 999999999		06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
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 ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. 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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999
F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	99999999999

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

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

III. II DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH

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

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

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

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI 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 ZAA

ZUS P ZAA		ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZ.			
01.		02.	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
POLA: 01. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 02. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	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. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

DOKUMENT ZUS ZBA

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZCNA

ZUS P ZCNA		ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY 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	9999999999	02.	
03. RODZAJ DOKUMENTU	9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
05. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA	09.09.1990
06. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
IV.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO			
01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY (1) / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY (2)	9	02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY	09.09.1999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. NUMER NIP	9999999999
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	09. DATA URODZENIA	09.09.1999
08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
10. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA	99	11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBA UBEZPIECZONĄ (X OZNACZA TAK)	X
12. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	9		
IV.B. ADRES ZAMIESZKANIA			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	07. NR TELEFONU	999999999999
06. NR LOKALU	9999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999
V.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO			
01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY (1) / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY (2)	9	02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY	09.09.1999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. NUMER NIP	9999999999
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	09. DATA URODZENIA	09.09.1999
08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
10. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA	99	11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBA UBEZPIECZONĄ (X OZNACZA TAK)	X
12. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	9		
V.B. ADRES ZAMIESZKANIA			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	07. NR TELEFONU	999999999999
06. NR LOKALU	9999999	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.			

DOKUMENT ZUS ZFA

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZIPA

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.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZPA

ZUS P ZPA		ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIE POSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ	
I. DANE ORGANIZ.	01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	X	02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK
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. NAZWA SKRÓCONA		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NAZWA / FIRMA XXX			
02. JEDNOSTKA BUDŻETOWA	X	03. JEDNOSTKA POZABUDŻETOWA	X
04. NAZWA ORGANU ZAŁOŻYCIELSKIEGO		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
05. PODLEGA WPISOWI DO REJESTRU / EWIDENCJI		X	06. DATA WPISU DO REJESTRU / EWIDENCJI
			09.09.1999
07. NUMER WPISU DO REJESTRU / EWIDENCJI		99999999999999	
08. NAZWA ORGANU REJESTROWEGO / EWIDENCYJNEGO			
XX			
09. DATA POWSTANIA OBOWIĄZKU OPLACANIA SKŁADEK		09.09.1999	
IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NR RACHUNKU	99999999999999999999999999999999	02. PŁATNIK POSIADA INNE RACHUNKI BANKOWE (X) - TAK (WYPEŁNIĆ ZUS P ZBA), () - NIE	X
V. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA/ DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. UL.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	06. NR LOKALU	9999999
07. NR TELEFONU	99999999999		
08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999	09. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
10. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ INNY NIŻ ADRES SIEDZIBY (X) - TAK (WYPEŁNIĆ ZUS P ZAA), () - NIE		X	
VI. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. UL.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. NR DOMU	9999999
05. NR LOKALU	9999999	06. NR TEL. DO TELETRANSMISJI	9999999999999
07. SKR. POCZT.	99999	08. NR TELEFONU	9999999999999
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999	10. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
VII. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	9999999999999
03. NAZWA SKRÓCONA		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
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. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

DOKUMENT ZUS ZUA

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

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)																													
01. NUMER NIP 9999999999										02. NUMER REGON 99999999999999										03. NUMER PESEL 999999999999										04. RODZAJ DOKUMENTU 9									
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999										06. NAZWA SKR. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
09. DATA URODZENIA 09.09.1999																																							
III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK																																							
01. KOD PRZYCZYNY WYREJESTROWANIA 999										02. DATA WYREJESTROWANIA 09.09.1999																													
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK																																							
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999																																							
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.																																							

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Strona 19 z 25

DOKUMENT ZUS ZZA

ZUS P ZZA		ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / 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					
06. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		07. DATA URODZENIA	09.09.1990		
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA						
01. IMIĘ DRUGIE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		02. NAZWISKO RODOWE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
03. OBYWATELSTWO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		04. PLEĆ	X		
V. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA I KOD WYKONYWANEGO ZAWODU						
01. KOD TYT. UBEZP.	99 99 9 9		02. KOD WYK. ZAWODU	999999		
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 ZAMELOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU						
01. KOD	99-999		02. MIEJSC.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
03. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		04. NR DOMU	9999999	05. NR LOKALU	9999999
06. SKRYT. POCZTOWA	99999	07. NR TELEFONU	99999999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999	
09. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
XI. 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.						
XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZEŃ						
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 UBEZPIECZEŃ POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.						

DOKUMENT ZUS IWA

ZUS P I W A		INFORMACJA O DANYCH DO USTALENIA SKŁADKI 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) 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	9999999	06. NR TELETRANSMISJI	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. 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 ZSWA

ZUS P ZSWA		ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY 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	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.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	99999999999	04.		
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
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. WAR. / O SZCZEG. CHAR.	OKRES PRACY W SZCZEG. OD DNIA	WAR. / O SZCZEG. CHARAKTERZE DO DNIA	WYMIAR CZASU PRACY
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	99999999999	04.		
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
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. WAR. / O SZCZEG. CHAR.	OKRES PRACY W SZCZEG. OD DNIA	WAR. / O SZCZEG. CHARAKTERZE DO DNIA	WYMIAR CZASU PRACY
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	99999999999	04.		
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
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. WAR. / O SZCZEG. CHAR.	OKRES PRACY W SZCZEG. OD DNIA	WAR. / O SZCZEG. CHARAKTERZE DO DNIA	WYMIAR CZASU PRACY
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 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 OSW

ZUS P OSW

OŚWIADCZENIE O ZAMIERZE 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 9999999999 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 ZAMIERZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH

III. DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA

01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RIA

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Dokument przekazany pierwszorazowo (wpisać - 1) / korekta (wpisać - 2) 1	
02. Data nadania (dd-mm-rrrr) 09-09-1999	03. Nalepka "R" XXX99999999999

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

IV. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

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

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

01. Rok wypłaty 1999	02. Przychód za rok 1999	03. Kwota 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 1999	02. Przychód za rok 1999	03. Kwota 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 1999	02. Przychód za rok 1999	03. Kwota 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) 09-09-1999	02. Okres do (dd-mm-rrrr) - 09-09-1999	03. Wymiar zajęć 999/999
---	---	-----------------------------

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

IX. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 1 USTAWY Z DNIA 26 STYCZNIA 1982 r. KARTA NAUCZYCIELA, (Dz.U. z 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
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
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
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)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

10. Kod pracy w szczególnych warunkach
X99999999

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

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

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

XI. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 3 UST. 1 i 3 USTAWY Z DNIA 19 GRUDNIA 2008 r. O EMERYTURACH POMOSTOWYCH (Dz.U. z 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 karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.