

## **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 .....	5
DOKUMENT ZUS RCA .....	6
DOKUMENT ZUS RCA cz. II .....	9
DOKUMENT ZUS RPA .....	10
DOKUMENT ZUS RSA .....	11
DOKUMENT ZUS ZAA .....	12
DOKUMENT ZUS ZBA .....	13
DOKUMENT ZUS ZCNA .....	14
DOKUMENT ZUS ZFA .....	15
DOKUMENT ZUS ZIPA .....	16
DOKUMENT ZUS ZIUA .....	17
DOKUMENT ZUS ZPA .....	18
DOKUMENT ZUS ZUA .....	19
DOKUMENT ZUS ZWPA .....	20
DOKUMENT ZUS ZWUA .....	21
DOKUMENT ZUS ZZA .....	22
DOKUMENT ZUS IWA .....	23
DOKUMENT ZUS ZSWA .....	24
DOKUMENT ZUS OSW .....	25
DOKUMENT ZUS RIA .....	26

## DOKUMENT ZUS DRA

<b>ZUS P DRA</b>										<b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b>									
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 (WYPELNIĆ ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPELNIĆ ZUS)									
01. NUMER NIP 999999999		02. NUMER REGION 99999999		03. NUMER PESEL 9999999999		04. RODZAJ DOKUMENTU 9													
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999				06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX															
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						08. IMIE PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX													
09. DATA URODZENIA 09.09.1999																			
III. INNE INFORMACJE					02. WNIOSEK O DCFIN. SKŁ. ZA OS. NIEPEŁNOSPRAWNE Z PFRON I B.P. 9					03. STOPA % SKŁ. NA UBEZP. WYPADKOWE 99,99									
01. LICZBA UBEZPIECZONYCH 999999																			

IV. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA						
	A. KWOTA SKŁADEK NA UBEZP. EMERYT.	B. KWOTA SKŁADEK NA UBEZP. RENTOWE	C. SUMA KWOT SKŁ. NA UBEZP. EMERYT. I RENTOWE	D. KWOTA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE CHOROBY	E. KWOTA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE	F. SUMA KWOT SKŁ. NA UBEZP. CHOROBY I WYPADKOWE
01. SUMY SKŁADEK SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99
02. UBEZPIECZONYCH	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99
03. PŁATNIKA SKŁADEK	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99
04. BUDŻET PAŃSTWA	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99
05. PFRON	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99
06. FUNDUSZ KOSCIELNY	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99
07. KWOTA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, KTÓRE POWINIEN PRZEKAZAĆ PŁATNIK SKŁADEK					99999999,99	

V. ZE STAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIEŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE			
01. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY	02. KWOTA WYNAGRODZENIA NALEŻNEGO PŁATNIKOWI SKŁADEK OD WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY	03. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO	04. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z FUS
99999999,99	99999999,99		99999999,99
			99999999,99
			99999999,99

VI. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK	02. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ UBEZPIECZONYCH	03. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ FUNDUSZ KOSCIELNY	04. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA Z BUDŻETU PAŃSTWA
99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99
			99999999,99
			99999999,99

VII. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I F 8 ORAZ FG 8P			
01. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ PRACY I FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY	02. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FGSP	03. KWOTA DO ZAPŁATY	04. KWOTA DO ZAPŁATY
99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99

VIII. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH			
01. LICZBA PRACOWNIKÓW, ZA KTÓRYCH JEST OPLACANA SKŁADKA NA FEP	02. LICZBA STANOWISK PRACY W SZCZEG. WARUNKACH LUB O SZCZEG. CHARAKTERZE	03. SUMA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FEP	04. SUMA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FEP
999999	999999	99999999,99	99999999,99

IX. ZE STAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU ZAPŁATY (p.IV.37 + p.VI.07 + p.VII.03 + p.VIII.03 - p.V.06)		
01. KWOTA DO ZWROTU PRZEZ ZUS	02. KWOTA DO ZAPŁATY	03. KWOTA DO ZAPŁATY
99999999,99	99999999,99	99999999,99

X. DEKLARACJA DOCHODU (DOTYCZY OSÓB, KTÓRE OPLACAJĄ SKŁADKI WYŁĄCZNIE ZA SIEBIE)					
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA	02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE	03. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE CHOROBY	04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE	05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	06. INFORMACJA O PRZEKROCZENIU ROCZNEJ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYT. I RENT.
99 99 9 9	99999999,99	99999999,99	99999999,99	99999999,99	9

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

ZUS P DRA				DEKLARACJA ROZLICZENIOWA			
I. DANE OSOBY		01. TER. PRZYŚ. 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 (WYPELNIĆ ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPELNIĆ ZUS)			
01. NUMER NIP	999999999	02. NUMER REGION	999999999	03. NUMER PESEL	99999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
09. DATA URODZENIA	09.09.1999						
XI. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. FORMA OPODATKOWANIA: PODATEK WEDŁUG SKALI	X	02. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZL.	9999999,99	03. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	9999999,99	04. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	9999999,99
05. FORMA OPODATKOWANIA: PODATEK LINIOWY	X	06. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZL.	9999999,99	07. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	9999999,99	08. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	9999999,99
09. FORMA OPODATKOWANIA: KARTA PODATKOWA	X			10. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	9999999,99	11. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	9999999,99
12. FORMA OPODATKOWANIA: RYCZAŁT OD PRZYCH. EWIDENCJONOWANYCH	X	13. SUMA PRZYCH. W BIEŻĄCYM ROKU	9999999,99	14. DEKLAR. OPL. SKŁADEK NA PODST. PRZYCH. Z US. ROKU	X	15. KW. PRZYCH. W US. ROKU	9999999,99
				16. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	9999999,99	17. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	9999999,99
18. BEZ FORMY OPODATKOWANIA	X			19. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	9999999,99	20. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	9999999,99
XII. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. ROZLICZENIE SKŁADKI ZDROWOTNEJ ZA ROK	9999						
02. ZMIANA FORMY OPODATKOWANIA OD STYCZNIA 2022 ROKU	X	03. ZMIANA FORMY OPODATKOWANIA OD LIPCA 2022 ROKU	X				
04. FORMA OPODATKOWANIA: ZASADY OGÓLNE – PODATEK WEDŁUG SKALI	X	05. KWOTA DOCHODU OSIĄGNIĘTEGO Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU, KTOREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99				
06. KWOTA NALEŻNEGO PODATKU ZA ROK, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		07. ROCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	99999999,99	08. ROCZNA SKŁADKA	99999999,99	
09. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTOREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		10. KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99	11. KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99	
12. FORMA OPODATKOWANIA: ZASADY OGÓLNE – PODATEK LINIOWY				X			
13. KWOTA DOCHODU OSIĄGNIĘTEGO Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU, KTOREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		14. ROCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	99999999,99	15. ROCZNA SKŁADKA	99999999,99	
16. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTOREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		17. KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99	18. KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99	
19. FORMA OPODATKOWANIA: RYCZAŁT OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH				X			
20. KWOTA PRZYCHODÓW OSIĄGNIĘTYCH Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU, KTOREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		21. ROCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	99999999,99	22. ROCZNA SKŁADKA	99999999,99	
23. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTOREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		24. KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99	25. KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99	
ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWRÓTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO							
26. ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99			27. ŁĄCZNA KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99		
XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. DATA WYPELNIENIA	09.09.1999						
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGÓDNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA JEŻELIWNIE NIEPRAWY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA SKŁADEK LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA SKŁADEK POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE W DOKUMENCIE UMIEŚC OBOK DATY WYPELNIENIA.							
Pouczenie: W przypadku niespełnienia w obowiązującym terminie zasady z par. 13, 02 lub opóźnienia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podłożenie do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1999 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2022 r., poz. 478, z późn. zm.)							

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu



## DOKUMENT ZUS DRA cz. II

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

# DOKUMENT ZUS RCA

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

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

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/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ

**I. DANE ORGANIZ.** 01. IDENTYFIKATOR RAPORTU 01.10.2018

**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 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	99 99 9 9
B. XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	P	9999999	99 99 9 9
C. XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	P	9999999	99 99 9 9

**III. B. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA 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	1		
2	9999	999999,99	2	9999	999999,99	2	9999	999999,99	2		
3	9999	999999,99	3	9999	999999,99	3	9999	999999,99	3		

**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	1		
2	9999	999999,99	2	9999	999999,99	2	9999	999999,99	2		
3	9999	999999,99	3	9999	999999,99	3	9999	999999,99	3		

**III. D. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBEWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE**

A. Lp.	Kwota	B. Lp.	Kwota	C. Lp.	Kwota	D. Lp.	Kwota
1	999999,99	1	999999,99	1	999999,99	1	

**III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBEWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA 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	1		
2	9999	999999,99	2	9999	999999,99	2	9999	999999,99	2		
3	9999	999999,99	3	9999	999999,99	3	9999	999999,99	3		

**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. 09.09.1999	02. 09.09.1999	03. 009 / 009
04. 09.09.1999	05. 09.09.1999	06. 009 / 009

**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 ZEZNAНИЕ 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.

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

## DOKUMENT ZUS RSA

Z U S P R S A

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH  
I PRZERWACH W OPLACANIU SKŁADEK

I. DANE ORGANIZ. 01. IDENTYFIKATOR RAPORTU 99 99.9999

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NUMER NIP 9999999999 02. NUMER REGON 99999999999999 03. NUMER PESEL 99999999999 04. RODZAJ DOKUMENTU 9  
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 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

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.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu



## DOKUMENT ZUS ZCNA

ZUS P ZCNA		ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	
<b>I. DANE ORGANIZ.</b>			
01.		02.	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b> POLA: 01. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 02. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	999999999	02. NUMER REGON	9999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
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		
<b>IV.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO</b>			
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 NIEPEŁOSPRAWNOŚCI	9		
<b>IV.B. ADRES ZAMIESZKANIA</b>			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA/ DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	06. NR LOKALU	9999999
07. NR TELEFONU	99999999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999
<b>V.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO</b>			
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 NIEPEŁOSPRAWNOŚCI	9		
<b>V.B. ADRES ZAMIESZKANIA</b>			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA/ DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	06. NR LOKALU	9999999
07. NR TELEFONU	99999999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999
<b>VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999	<b>VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>	
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.		OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.	
PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu



## DOKUMENT ZUS ZIPA

ZUS P Z I P A		ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZ.		01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) 9	
02.		03.	
II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
POLA: 02. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 03. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKR.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	999999999	06. NAZWA SKR.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999		
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu



## DOKUMENT ZUS ZIUA

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

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

## DOKUMENT ZUS ZWUA

<b>ZUS P ZWUA</b>		<b>WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ</b>	
<b>I. DANE ORGANIZ.</b>		01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ	X
		02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ	
03.	<input type="text"/>	04.	<input type="text"/>
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)	
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	9999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	999999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ</b>			
01. NUMER PESEL	9999999999	02. NUMER NIP	
03. RODZAJ DOKUMENTU	9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU	999999999
05. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA	09.09.1999
06. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
<b>IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ</b>			
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA	99 99 9 9	02. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ OD DNIA	09.09.1999
03. KOD PRZYCZYNY WYREJESTROWANIA			999
<b>V. ROZWIĄZANIE WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO</b>			
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		
<b>VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		<b>VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ</b>	
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.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

## 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	999999999	02. NUMER REGON	9999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	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	9999999999	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. 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 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

<b>ZUS P IWA</b>		<b>INFORMACJA O DANYCH DO USTALENIA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE</b>	
<b>I. DANE ORGANIZ.</b>		<b>02. KOD TERYTORIALNY JEDNOSTKI TERENOWEJ</b>	
01. IDENTYFIKATOR INFORMACJI 99.9999		999999	
03. <input type="text"/>		04. <input type="text"/>	
05. DATA WPŁYWU (WYPEŁNIA ZUS) <input type="text"/>		POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)	
06. ZNAK I NUMER DECYZJI POKONTROLNEJ 999999999999			
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. NUMER NIP 9999999999		02. NUMER REGON 99999999999999	
03. NUMER PESEL 99999999999		04. RODZAJ DOKUMENTU 9	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 999999999		06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
09. DATA URODZENIA 09.09.1999			
<b>III. DANE O LICZBIE UBEZPIECZONYCH ZGŁOSZONYCH DO UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO</b>			
01. LICZBA UBEZPIECZONYCH 999999			
<b>IV. ZESTAWIENIE DANYCH DO USTALENIA KATEGORII RYZYKA DLA PŁATNIKA SKŁADKI</b>			
01. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI WEDŁUG PKD 9999X		02. LICZBA POSZKODOWANYCH W WYPADKACH PRZY PRACY OGÓLEM 999999	
03. LICZBA POSZKODOWANYCH W WYPADKACH PRZY PRACY ŚMIERTELNYCH I CIĘŻKICH 999999		04. LICZBA ZATRUDNIONYCH W WARUNKACH ZAGROZENIA 999999	
<b>V. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. KOD 99-999		02. MIEJSCOW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
03. UL. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		04. NR DOMU 9999999	
05. NR LOKALU 9999999		06. NR TELETRANSMISJI 999999999999	
07. ZAGR. KOD POCZT. XX-999999999		08. NR TELEFONU 999999999999	
09. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		10. SKR. POCZT. 99999	
<b>VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999			
<small>OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIESCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.</small>			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

## DOKUMENT ZUS ZSWA

<b>ZUS P ZSWA</b>		ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE	
I. DANE ORGANIZ.		01. ID ZGŁOSZENIA 999/9999	
02. <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table>		03. <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table>	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKLADEK</b> <span style="float: right; font-size: x-small;">POLA: 02. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 03. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)</span>			
01. NUMER NIP 9999999999	02. NUMER REGON 99999999999999	03. NUMER PESEL 99999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU 9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999		06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
09. DATA URODZENIA 09.09.1999			
<b>III.A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>			
01. ZGŁOSZENIE DANYCH <input checked="" type="checkbox"/>		02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH <input checked="" type="checkbox"/>	
03. NUMER PESEL 99999999999		04.	05. RODZAJ DOKUMENTU 9
06. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999			
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
08. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		09. DATA URODZENIA 09.09.1990	
<b>III.B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>			
01. KOD TYT. UBEZP.	KOD PRACY W SZCZEG. WAR./ O SZCZEG. CHAR.	OKRES PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHARAKTERZE DO DNIA	WYMIAR CZASU PRACY
99 99 9 9	02. 999	03. 09.09.1999	04. 09.09.1999
	06. 999	07. 09.09.1999	08. 09.09.1999
	10. 999	11. 09.09.1999	12. 09.09.1999
	14. 999	15. 09.09.1999	16. 09.09.1999
		17. 999 999	
<b>IV.A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>			
01. ZGŁOSZENIE DANYCH <input checked="" type="checkbox"/>		02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH <input checked="" type="checkbox"/>	
03. NUMER PESEL 99999999999		04.	05. RODZAJ DOKUMENTU 9
06. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999			
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
08. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		09. DATA URODZENIA 09.09.1990	
<b>IV.B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>			
01. KOD TYT. UBEZP.	KOD PRACY W SZCZEG. WAR./ O SZCZEG. CHAR.	OKRES PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHARAKTERZE DO DNIA	WYMIAR CZASU PRACY
99 99 9 9	02. 999	03. 09.09.1999	04. 09.09.1999
	06. 999	07. 09.09.1999	08. 09.09.1999
	10. 999	11. 09.09.1999	12. 09.09.1999
	14. 999	15. 09.09.1999	16. 09.09.1999
		17. 999 999	
<b>V.A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>			
01. ZGŁOSZENIE DANYCH <input checked="" type="checkbox"/>		02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH <input checked="" type="checkbox"/>	
03. NUMER PESEL 99999999999		04.	05. RODZAJ DOKUMENTU 9
06. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999			
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
08. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		09. DATA URODZENIA 09.09.1990	
<b>V.B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>			
01. KOD TYT. UBEZP.	KOD PRACY W SZCZEG. WAR./ O SZCZEG. CHAR.	OKRES PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHARAKTERZE DO DNIA	WYMIAR CZASU PRACY
99 99 9 9	02. 999	03. 09.09.1999	04. 09.09.1999
	06. 999	07. 09.09.1999	08. 09.09.1999
	10. 999	11. 09.09.1999	12. 09.09.1999
	14. 999	15. 09.09.1999	16. 09.09.1999
		17. 999 999	
<b>VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKLADEK</b>			
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.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu



## DOKUMENT ZUS OSW

ZUS P OSW

OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH

### I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NUMER NIP 9999999999 02. NUMER REGON 9999999999999 03. NUMER PESEL 9999999999 04. RODZAJ DOKUMENTU 9  
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 999999999 06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
09. DATA URODZENIA 09.09.1999

### II. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

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

### III. DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA

01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNAНИЕ 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	<b>ZUS RIA</b>	strona: 1	<b>RAPORT INFORMACYJNY</b>
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

### 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 CHOROBEWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Rok wypłaty 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	<b>ZUS RIA</b>	strona: 2	<b>RAPORT INFORMACYJNY</b>
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

**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)  
999/999

06. Kod pracy w szczególnym charakterze  
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.