

ZAŁĄCZNIK 5

WZORY WYDRUKÓW FORMULARZY UBEZPIECZENIOWYCH ZUS

Załącznik przedstawia wzory dla wydruków dokumentów ubezpieczeniowych z oprogramowania interfejsowego, jakie będą przyjmowane przez ZUS.
Każdy formularz powinien być drukowany na stronie formatu A4, z oznaczeniem producenta, nazwy oraz wersji oprogramowania na marginesach.

SPIS TREŚCI

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

DOKUMENT ZUS DRA

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

ZUS P DRA				DEKLARACJA ROZLICZENIOWA			
I. DANE ORG.		01. TER.PRZYS.DEK I RAP.	9	02. ID DEKLARACJI	99 99.9999	05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR.	999999999999
03.		04.					
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPELNIĄ ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPELNIĄ 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.	99999999,99	03. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	99999999,99	04. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	99999999,99
05. FORMA OPODATKOWANIA - PODATEK LINIOWY	X	06. KWOTA DOCHODU UZYSK. W MIESIĄCU BEZP. POPRZEDZ. MIESIĄC, ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROZL.	99999999,99	07. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	99999999,99	08. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	99999999,99
09. FORMA OPODATKOWANIA - KARTA PODATKOWA	X			10. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	99999999,99	11. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	99999999,99
12. FORMA OPODATKOWANIA - ZASADY OGÓLNE - RYCZAŁT OD PRZYCH. EWIDENCJONOWANYCH	X	13. SUMA PRZYCH. W BIEŻĄCYM ROKU	99999999,99	14. DEKLAR. OPL. SKŁADEK NA PODST. PRZYCH. Z US. ROKU	X	15. KW. PRZYCH. W US. ROKU	99999999,99
				16. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	99999999,99	17. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	99999999,99
18. BEZ FORMY OPODATKOWANIA	X			19. PODST. WYM. SKŁ. NA US. ZDROWOTNE	99999999,99	20. KWOTA NALEŻNEJ SKŁ.	99999999,99
XII. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. ROZLICZENIE SKŁADKI ZDROWOTNEJ ZA ROK	9999						
02. ZMIANA FORMY OPODATKOWANIA OD STYCZNIA 2022 ROKU	X	03. ZMIANA FORMY OPODATKOWANIA OD LIPCA 2022 ROKU	X				
04. FORMA OPODATKOWANIA - PODATEK WEDŁUG SKALI	X	05. KWOTA DOCHODU OSIĄGNIĘTEGO Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99				
06. KWOTA NALEŻNEGO PODATKU ZA ROK ZA KTÓRY DOKONYWANE JEST ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		07. ROCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	99999999,99	08. ROCZNA SKŁADKA	99999999,99	
09. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		10. KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99	11. KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99	
12. FORMA OPODATKOWANIA - ZASADY OGÓLNE - PODATEK LINIOWY				X			
13. KWOTA DOCHODU OSIĄGNIĘTEGO Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		14. ROCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	99999999,99	15. ROCZNA SKŁADKA	99999999,99	
16. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		17. KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99	18. KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99	
19. FORMA OPODATKOWANIA - RYCZAŁT OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH				X			
20. KWOTA PRZYCHODÓW OSIĄGNIĘTYCH Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROKU, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		21. ROCZNA PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	99999999,99	22. ROCZNA SKŁADKA	99999999,99	
23. SUMA MIESIĘCZNYCH NALEŻNYCH SKŁ. WYNIKAJĄCA ZE ZŁOŻONYCH DOK. ZA ROK, KTÓREGO DOTYCZY ROCZNE ROZLICZENIE	99999999,99		24. KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99	25. KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99	
ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWRÓTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO							
26. ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY	99999999,99			27. ŁĄCZNA KWOTA DO ZWRÓTU	99999999,99		
XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. DATA WYPELNIENIA	09.09.1999						
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA JEŻELBY 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. 474, 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.			
I. DANE ORG.		01. ID DEKLARACJI	99	02. ROK, NA KTÓRY USTALONA JEST PODST. WYMIARU SKŁ. NA UB. EMERYTALNE I RENTOWE	2018	05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR.	999999999999
03.				04.			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999	03. NUMER PESEL	999999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	9999999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XX				
07. NAZWISKO	XX			08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
09. DATA URODZENIA	09.09.1999						
III. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE							
01. PRZYCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ZA UBIEGŁY ROK KALENDARZOWY	99999999,99						
02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE	99999999,99						
03. DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ZA UBIEGŁY ROK KALENDARZOWY	99999999,99						
IV. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W UBIEGŁYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD							
A. KARTA PODATKOWA							
01. KWOTA PRZYCHODU	99999999,99	02. KWOTA DOCHODU	99999999,99				
B. RYCZAŁT OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH							
03. KWOTA PRZYCHODU	99999999,99	04. KWOTA DOCHODU	99999999,99				
C. OPODATKOWANIE NA ZASADACH OGÓLNYCH (PODATEK WEDŁUG SKALI LUB PODATEK LINIOWY)							
05. KWOTA PRZYCHODU	99999999,99	06. KWOTA DOCHODU	99999999,99				
V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999						
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA. POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.							

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RCA

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RCA cz. II

ZUS P R C A cz. II		MIENNY RAPORT cz. II.		
I. DANE ORG.		01. ID DEKLARACJI 99	02. ROK, NA KTÓRY USTALONA JEST PODST. WYMIARU SKŁ. NA UB. EMERYTALNE I RENTOWE 9999	05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR. 999999999999
03.	<input type="text"/>	04.	<input type="text"/>	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)		
01. NUMER NIP 9999999999	02. NUMER REGON 99999999999999	03. NUMER PESEL 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 P R P A

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/
OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ

I. DANE ORGANIZ. 01. IDENTYFIKATOR RAPORTU 01.09.1999

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NUMER NIP 999999999 02. NUMER REGON 9999999999999 03. NUMER PESEL 99999999999 04. RODZAJ DOKUMENTU 9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 999999999 06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
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. XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	P	9999999	99 99 9 9
B. XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	P	9999999	99 99 9 9
C. XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	P	9999999	99 99 9 9
D. XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	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	9999	999999,99
2	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	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	1	9999	999999,99
2	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	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	1	9999	999999,99
2	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	3	9999	999999,99

III. D. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNICZEGO, 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	999999,99

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNICZEGO, 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	9999	999999,99
2	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	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. 999 / 999
04. 09.09.1999	05. 09.09.1999	06. 999 / 999
B. 01. 09.09.1999	02. 09.09.1999	03. 999 / 999
04. 09.09.1999	05. 09.09.1999	06. 999 / 999
C. 01. 09.09.1999	02. 09.09.1999	03. 999 / 999
04. 09.09.1999	05. 09.09.1999	06. 999 / 999
D. 01. 09.09.1999	02. 09.09.1999	03. 999 / 999
04. 09.09.1999	05. 09.09.1999	06. 999 / 999

III. G. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ - KARTA NAUCZYCIELA

OKRES OD (dd-mm-rrrr)	OKRES DO (dd-mm-rrrr)	WYMIAR ZAJĘĆ
01. 09.09.1999	02. 09.09.1999	03. 999 / 999
04. 09.09.1999	05. 09.09.1999	06. 999 / 999
01. 09.09.1999	02. 09.09.1999	03. 999 / 999
04. 09.09.1999	05. 09.09.1999	06. 999 / 999
01. 09.09.1999	02. 09.09.1999	03. 999 / 999
04. 09.09.1999	05. 09.09.1999	06. 999 / 999
01. 09.09.1999	02. 09.09.1999	03. 999 / 999
04. 09.09.1999	05. 09.09.1999	06. 999 / 999

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 PIECZATKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA DOLE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.

Producent programu, nazwa programu, wersja programu, nazwa programu, nazwa programu, nazwa programu, nazwa programu, nazwa programu

Producent programu, nazwa programu, nazwa programu, nazwa programu, nazwa programu, nazwa programu, nazwa programu, nazwa 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	999999999999					
04. RODZAJ DOKUMENTU	9					
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
09. DATA URODZENIA	09.09.1999					
III.I DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH						
01. NAZWISKO	02. IMIĘ PIERWSZE	03. TYP	04. IDENTYFIKATOR			
A. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
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	9999999999			
H. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
I. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
J. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
K. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
L. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P	9999999999			
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					
<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 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 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 ZBA

Z U S P Z B A		INFORMACJA O NUMERACH RACHUNKÓW BANKOWYCH PŁATNIKA SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZ.			
01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>		
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 XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
09. DATA URODZENIA 09.09.1999			
III. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NOWY RACHUNEK (1), ZAMKNIĘCIE RACHUNKU (2) 9			
02. NUMER RACHUNKU 99999999999999999999999999999999			
IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NOWY RACHUNEK (1), ZAMKNIĘCIE RACHUNKU (2) 9			
02. NUMER RACHUNKU 99999999999999999999999999999999			
V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NOWY RACHUNEK (1), ZAMKNIĘCIE RACHUNKU (2) 9			
02. NUMER RACHUNKU 99999999999999999999999999999999			
VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NOWY RACHUNEK (1), ZAMKNIĘCIE RACHUNKU (2) 9			
02. NUMER RACHUNKU 99999999999999999999999999999999			
VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NOWY RACHUNEK (1), ZAMKNIĘCIE RACHUNKU (2) 9			
02. NUMER RACHUNKU 99999999999999999999999999999999			
VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NOWY RACHUNEK (1), ZAMKNIĘCIE RACHUNKU (2) 9			
02. NUMER RACHUNKU 99999999999999999999999999999999			
IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999			
<small>OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.</small>			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZCNA

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZIPA

Z U S P Z I P A		ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK					
I. DANE ORGANIZ.		01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) 9					
02.	<input type="text"/>	03. <input type="text"/>					
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.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
09. DATA URODZENIA	09.09.1999						
III. AKTUALNE 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	999999999	06. NAZWA SKR.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
09. DATA URODZENIA	09.09.1999						
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			POLA: 02. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 03. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)				
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

DOKUMENT ZUS ZIUA

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

Z U S P Z P A

I. DANE ORGANIZ. 01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK **9**

03. 04.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)
01. NUMER 02. NUMER 03. NAZWA
NIP **9999999999** REGON **99999999999999** SKRÓCONA **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NAZWA / FIRMA **XX**

02. JEDNOSTKA BUDŻETOWA 03. JEDNOSTKA POZABUDŻETOWA 04. NAZWA ORGANU ZAŁOŻYCIELSKIEGO **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

05. PODLEGA WPISOWI DO REJESTRU / EWIDENCJI 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 OPŁACANIA 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

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-99999999** 09. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

10. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ INNY NIŻ ADRES SIEDZIBY (X) - TAK (WYPEŁNIĆ ZUS P ZAA), () - NIE

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 **99999999999** 07. SKR. POCZT. **99999** 08. NR TELEFONU **99999999999**

09. ZAGR. KOD POCZT. **XX-99999999** 10. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

VII. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM

01. NUMER 02. NUMER 03. NAZWA
NIP **9999999999** REGON **999999999999** SKRÓCONA **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. DATA WYPEŁNIENIA **09.09.1999**

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

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

ZUS P ZUA					ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ							
I. DANE ORG.		01. ZGŁOSZENIE DO UBEZP.	X	02. ZGŁOSZENIE. ZMIANY (1) / KOREKTY (2) DANYCH OS. UB.				9				
04. <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table>					05. <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table>							
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK					POLA: 04. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 05. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)							
01. NUMER NIP		9999999999	02. NUMER REGION		99999999999999	03. NUMER PESEL		9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9		
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU			XXX999999		06. NAZWA SKRÓCONA		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
07. NAZWISKO						XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
08. IMIĘ PIERW.						XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
09. DATA URODZENIA 09.09.1999												
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ												
01. NUMER PESEL					999999999999	02.		03. RODZAJ DOKUMENTU	9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU		XXX999999
05. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX												
06. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX												
07. DATA URODZENIA 09.09.1990												
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ												
01. IMIĘ DRUGIE					XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			02. NAZWISKO RODOWE		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
03. OBYWATELSTWO					XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			04. PLEĆ		X		
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA												
01. KOD TYT. UBEZP. 99 99 9 9												
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH												
01. DATA POWSTANIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ 09.09.1999												
OSOBA ZGŁASZANA PODLEGA UBEZPIECZENIOM:												
02. EMERYTALNEMU					X	03. RENTOWYM		X	04. CHOROBYMU		X	
05. WYPADKOWEMU					X							
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM												
01. DATA POWSTANIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA					09.09.1999			02. KOD ODDZIAŁU NFZ		99X		
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH												
WNOSZĘ O OBJĘCIE UBEZPIECZENIAMI:												
01. EMERYTALNYM					X			03. RENTOWYMI		X		
05. CHOROBYM					X							
02. OD DNIA					09.09.1999			04. OD DNIA		09.09.1999		
06. OD DNIA					09.09.1999							
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM												
01. DATA ROZPOCZĘCIA UBEZPIECZENIA					09.09.1999			02. KOD ODDZIAŁU NFZ		99X		
X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA												
01. KOD WYK. ZAWODU					999999			02. KOD PRACY W SZCZEG. WARUNKACH / W SZCZEG. CHARAKTERZE		999999999		
03. OKRES PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / W SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE					09.09.1999			09.09.1999				
XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE												
MIEJSCE POBYTU												
01. KOD					99-999			02. MIEJSC.		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
03. GMINA/ DZIELNICA					XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			04. ULICA		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
05. NR DOMU					99999999			07. NR TELEFONU		999999999999		
06. NR LOKALU					99999999			08. ZAGR. KOD POCZT.		XX-999999999		
XII. ADRES ZAMIESZKANIA												
01. KOD					99-999			02. MIEJSC.		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
03. GMINA/ DZIELNICA					XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			04. ULICA		99999999999999999999999999999999		
05. NR DOMU					99999999			07. NR TELEFONU		999999999999		
06. NR LOKALU					99999999			08. ZAGR. KOD POCZT.		XX-999999999		
XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI												
01. KOD					99-999			02. MIEJSC.		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
03. ULICA					XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			04. NR DOMU		99999999		
05. NR LOKALU					99999999			08. ZAGR. KOD POCZT.		XX-999999999		
06. SKRYT. POCZTOWA					99999			07. NR TELEFONU		999999999999		
09. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ					XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX							
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK I OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA												
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, PIECZĄTKĘ PŁATNIKA ORAZ PODPIS OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA 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 ZWPA

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZWUA

ZUS P ZWUA		WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ	
I. DANE ORGANIZ.		01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ	
		X	
02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ			
03.		04.	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	9999999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ			
01. NUMER PESEL	9999999999	02. NUMER NIP	
03. RODZAJ DOKUMENTU	9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU	9999999999
05. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA	09.09.1999
06. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ			
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA	99 99 9 9	02. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ OD DNIA	09.09.1999
03. KOD PRZYCZYNY WYREJESTROWANIA			999
V. ROZWIĄZANIE WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO			
01. DATA (dd/mm/yyyy)	09.09.1999	02. KOD WYGAŚNIĘCIA/ KOD TRYBU ROZWIĄZANIA STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO	999
03. KOD PODSTAWY PRAWNEJ ROZWIĄZANIA/ WYGAŚNIĘCIA STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO			999
04. PODSTAWA PRAWNA ROZWIĄZANIA/ WYGAŚNIĘCIA STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
05. STRONA Z INICJATYWY, KTÓREJ NASTĄPIŁO ROZWIĄZANIE STOSUNKU PRACY	9		
VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ	
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999		
<small>OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.</small>		<small>OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.</small>	
<small>PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ, PIECZĄTKĘ PŁATNIKA ORAZ PODPIS OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.</small>			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZZA

ZUS P ZZA		ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH	
I. DANE ORGANIZ. 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZP. ZDROWOTNEGO <input checked="" type="checkbox"/>		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) DANYCH <input type="checkbox"/> 9	
03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKLADEK		POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)	
01. NUMER NIP 9999999999	02. NUMER REGON 99999999999999	03. NUMER PESEL 9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU 9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
09. DATA URODZENIA 09.09.1999			
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA		03. RODZAJ DOKUMENTU 9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999
01. NUMER PESEL 9999999999	02.		
05. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA 09.09.1990		
06. IMIĘ PIERWSZE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA			
01. IMIĘ DRUGIE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	02. NAZWISKO RODOWE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
03. OBYWATELSTWO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	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. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
03. GMINA / DZIELNICA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
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. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
03. GMINA / DZIELNICA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
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. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
03. ULICA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	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 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKLADEK		XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZEŃ	
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999			
<p>OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.</p>		<p>OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.</p>	
<p>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.</p>			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS IWA

ZUS P I W A		INFORMACJA O DANYCH DO USTALENIA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE	
I. DANE ORGANIZ.		02. KOD TERYTORIALNY JEDNOSTKI TERENOWEJ	
01. IDENTYFIKATOR INFORMACJI	99.9999	02. KOD TERYTORIALNY JEDNOSTKI TERENOWEJ	999999
03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>		
05. DATA WPŁYWU (WYPEŁNIA ZUS)		POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS)	
<input type="text"/>		04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)	
06. ZNAK I NUMER DECYZJI POKONTROLNEJ		999999999999	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NUMER NIP	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. DANE O LICZBIE UBEZPIECZONYCH ZGŁOSZONYCH DO UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO			
01. LICZBA UBEZPIECZONYCH 999999			
IV. ZESTAWIENIE DANYCH DO USTALENIA KATEGORII RYZYKA DLA PŁATNIKA SKŁADKI			
01. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI WEDŁUG PKD	9999X	02. LICZBA POSZKODOWANYCH W WYPADKACH PRZY PRACY OGÓLEM	999999
03. LICZBA POSZKODOWANYCH W WYPADKACH PRZY PRACY ŚMIERTELNYCH I CIĘŻKICH	999999	04. LICZBA ZATRUDNIONYCH W WARUNKACH ZAGROŻENIA	999999
V. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. UL.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. NR DOMU	9999999
05. NR LOKALU	9999999	06. NR TEL. DO 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			
<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

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 SKLADEK			
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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	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. 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
			09. 999 999
			13. 999 999
			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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	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. 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
			05. 999 999
			09. 999 999
			13. 999 999
			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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	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. 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
			05. 999 999
			09. 999 999
			13. 999 999
			17. 999 999
VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKLADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA	02.02.2016		
<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 OSW

ZUS P OSW

OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NUMER NIP 9999999999 02. NUMER REGON 99999999999999 03. NUMER PESEL 9999999999 04. RODZAJ DOKUMENTU 9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 999999999 06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA 09.09.1999

II. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

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

III. DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA

01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RIA

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

IV. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

06. Kod pracy w szczególnym charakterze
X99999999

07. Kod pracy w szczególnych warunkach

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

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

10. Kod pracy w szczególnych warunkach
X99999999

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

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

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

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

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

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

XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

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

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