

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ
-----------------------------------	-----	------	-------------------------------

## I. DANE ORGANIZACYJNE

**01. WYREJESTROWANIE  
Z UBEZPIECZEŃ** (jeżeli TAK, wpisać X)

**02. ZGŁOSZENIE KOREKTY  
DANYCH O WYREJESTROWANIU  
Z UBEZPIECZEŃ** (jeżeli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

#### 04. Nalepka „R”

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

### III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL<sup>1)</sup> 02. Numer NIP (wpisać bez kresek)<sup>2)</sup> 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

#### IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr) 03. Kod przyczyny wyrejestrowania

## V. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

01. Data (dd / mm / rrrr)

02. Kod wygaśnięcia/ kod trybu rozwiązania stosunku pracy/ stosunku służbowego

03. Kod podstawy prawnej rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego

04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego

05. Strona z inicjatywy, której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy jeśli PRACOWNIK wpisz 1, jeśli PRACODAWCA - 2

## VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

## VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

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

01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń

## VIII. ADNOTAC.IE ZUS

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>2)</sup> Pole wypełnia się, o ile wyrejestrowanie dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.