

# Guide pratique pour les employeurs étrangers n'ayant pas leur siège social ni bureau de représentation en Pologne



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH



# Guide pratique pour les employeurs étrangers n'ayant pas leur siège social ni bureau de représentation en Pologne

WWW.ZUS.PL



Zakład Ubezpieczeń Społecznych  
ul. Szamocka 3, 5  
01-748 Warszawa



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

## PARTIE 1

1.	Introduction	5
2.	Où pouvez-vous vous adresser	5
3.	Si vous n'avez pas votre numéro NIP	5
4.	Si vous avez votre numéro NIP	6
	Numéro de compte bancaire individuel (NRS)	6
5.	Comment demander votre enregistrement en tant que cotisant au régime de sécurité sociale	6
5.1.	Comment remplir le formulaire ZUS ZFA (personne physique) – Demande d'enregistrement du cotisant	6
	Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	7
	Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	7
	Partie III. IDENTIFICATION DU COTISANT – SUITE	8
	Partie IV. BASE POUR L'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ NON AGRICOLE	8
	Partie V. INFORMATIONS SUR LE COMPTE BANCAIRE DU COTISANT	8
	Partie VI. ADRESSE DE DOMICILIATION DU COTISANT	8
	Partie VII. ADRESSE DE RÉSIDENCE DU COTISANT	9
	Partie VIII. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DU COTISANT	9
	Partie IX. INFORMATIONS SUR LE CABINET COMPTABLE	10
	Partie X. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	10
5.2.	Comment remplir le formulaire ZUS ZPA (personne morale) – Demande d'enregistrement du cotisant	10
	Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	11
	Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	11
	Partie III. IDENTIFICATION DU COTISANT – SUITE	11
	Partie IV. INFORMATIONS SUR LE COMPTE BANCAIRE DU COTISANT	12
	Partie V. ADRESSE DE DOMICILIATION DU COTISANT	12
	Partie VI. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DU COTISANT	13
	Partie VII. INFORMATIONS SUR LE CABINET COMPTABLE	13
	Partie VIII. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	14
6.	Comment demander votre radiation, en tant que cotisant, du régime de sécurité sociale	14
6.1.	Comment remplir le formulaire ZUS ZWPA – Demande de radiation du cotisant	14
	Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	14
	Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	15
	Partie III. INFORMATIONS SUR LA RADIATION DU COTISANT	15
	Partie IV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	16
7.	Comment demander l'affiliation de votre salarié / preneur d'ordres au régime de sécurité sociale	16
7.1.	Comment demander l'affiliation d'un salarié au régime de sécurité sociale	16
	Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	17
	Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	17
	Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	18
	Partie IV. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE – SUITE	18
	Partie V. INFORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE	18
	Partie VI. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE OBLIGATOIRE	19
	Partie VII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE OBLIGATOIRE	19
	Partie VIII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE VOLONTAIRE	20
	Partie IX. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE VOLONTAIRE	20
	Partie X. AUTRES INFORMATIONS SUR LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	20
	Partie XI. ADRESSE DE DOMICILE DE L'ASSURÉ	20
	Partie XII. ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ	21
	Partie XIII. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DE L'ASSURÉ	21
	Partie XIV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	21
7.2.	Comment demander l'affiliation d'un preneur d'ordres pour qui le contrat conclu avec vous constitue un seul droit à l'assurance	22
	Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	22
	Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	23
	Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	23

Partie IV. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE – SUITE	24
Partie V. INFORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE	24
Partie VI. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE OBLIGATOIRE	24
Partie VII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE OBLIGATOIRE	25
Partie VIII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE VOLONTAIRE	25
Partie IX. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE VOLONTAIRE	25
Partie X. AUTRES INFORMATIONS SUR LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	26
Partie XI. ADRESSE DE DOMICILE DE L'ASSURÉ	26
Partie XII. ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ	26
Partie XIII. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DE L'ASSURÉ	27
Partie XIV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	27
<b>7.3. Comment demander l'affiliation d'un preneur d'ordres qui a un autre droit à l'assurance</b>	<b>28</b>
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	28
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	28
Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	29
Partie IV. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE – SUITE	30
Partie V. INFORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE	30
Partie VI. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE OBLIGATOIRE	30
Partie VII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE VOLONTAIRE	31
Partie VIII. ADRESSE DE DOMICILE DE L'ASSURÉ	31
Partie IX. ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ	31
Partie X. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DE L'ASSURÉ	32
Partie XI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	32

## PARTIE 2

<b>8. Comment demander la radiation de votre salarié / preneur d'ordres du régime de sécurité sociale</b>	<b>34</b>
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	34
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	34
Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RADIÉE DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	35
Partie IV. RADIATION DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	35
Partie V. RÉLIATION / FIN DU CONTRAT DE TRAVAIL / DE SERVICES	35
Partie VI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	36
Partie VII. DÉCLARATION DE LA PERSONNE RADIÉE DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	36
<b>9. Comment calculer les charges patronales et salariales</b>	<b>37</b>
<b>9.1. Comment calculer les cotisations dues</b>	<b>37</b>
9.1.1. Base du calcul de l'assurance sociale	37
9.1.2. Base du calcul de l'assurance santé	38
9.1.3. Montant de la cotisation au Fonds du travail et au Fonds de solidarité	38
9.1.4. Montant de la cotisation au Fonds de pension de transition	39
<b>9.2. Quels formulaires remplir</b>	<b>39</b>
9.2.1. Comment remplir le formulaire ZUS DRA	40
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	40
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	40
Partie III. AUTRES INFORMATIONS	41
Partie IV. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES A LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DES SOURCES DE FINANCEMENT	41
Partie V. DÉCOMPTE DES PRESTATIONS PAYÉES SOUMISES A LA DÉCLARATION AU TITRE DES COTISATIONS A L'ASSURANCE SOCIALE	42
Partie VI. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES A L'ASSURANCE SANTÉ	43
Partie VII. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES AU FONDS DU TRAVAIL ET AU FONDS DES PRESTATIONS SOCIALES GARANTIES	43
Partie VIII. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES AU FONDS DE PENSION DE TRANSITION	43
Partie IX. DÉCOMPTE DES COTISATIONS À REMBOURSER / À VERSER	43
Partie X. DÉCLARATION DES REVENUES	44
Partie XI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	44
9.2.2. Comment remplir le rapport personnel ZUS RCA	44
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	44
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	45
Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	45

Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE	45
Partie III. B. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES A L'ASSURANCE SOCIALE	46
Partie III. C. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES A L'ASSURANCE SANTÉ	46
Partie III. D. DÉCOMPTE DES PRESTATIONS PAYÉES DU BUDGET D'ÉTAT	47
Partie IV. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	47
Partie V. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	48
9.2.3. Comment remplir le rapport personnel ZUS RPA	48
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	48
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	48
Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	49
Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE	49
Partie III B. MONTANT DES REVENUS PAYÉES AU COURS D'UN MOIS, MAIS DUS POUR UNE AUTRE ANNÉE CIVILE, QUI CONSTITUE LA BASE DU CALCUL DES COTISATIONS AUX ASSURANCES VIEILLESSE ET INVALIDITÉ	49
Partie III C. MONTANT DES REVENUS PAYÉES AU COURS D'UN MOIS, MAIS DUS POUR UNE AUTRE ANNÉE CIVILE, QUI CONSTITUE LA BASE DU CALCUL DES COTISATIONS A L'ASSURANCE ACCIDENT	50
Partie III D. MONTANT DES REVENUES PAYÉES AU COURS D'UN MOIS (OUTRE INDEMNITÉ D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MALADIE, MATERNITÉ, SOINS, INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION) QUI AU MOMENT DE LEUR PERCEPTION NE SERVAIENT PAS DE BASE DU CALCUL DES COTISATIONS AUX ASSURANCES VIEILLESSE ET INVALIDITÉ	50
Partie III E. MONTANT DES REVENUES PAYÉES AU COURS D'UN MOIS (OUTRE INDEMNITÉ D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MALADIE, MATERNITÉ, SOINS, INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION) QUI AU MOMENT DE LEUR PERCEPTION NE SERVAIENT PAS DE BASE DU CALCUL DES COTISATIONS AUX ASSURANCES VIEILLESSE ET INVALIDITÉ ET QUI SONT DUS POUR UNE AUTRE ANNÉE CIVILE	50
Partie III F. PÉRIODES DE TRAVAIL DE L'ASSURÉ EN TANT QU'ENSEIGNANT	51
Partie IV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	51
9.2.4. Comment remplir le rapport personnel ZUS RZA	51
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	52
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	52
Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	52
Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE	52
Partie III B. DÉCOMPTE DES COTISATIONS A L'ASSURANCE SANTÉ	53
Partie IV. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	53
Partie VIII. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	53
9.2.5. Comment remplir le rapport personnel ZUS RSA	54
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	54
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	54
Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	55
Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE	55
Partie III B. TYPES ET PÉRIODES DE RUPTURE DANS LE VERSEMENT DES COTISATIONS ET DÉCOMPTE DES PRESTATIONS PAYÉES / INDEMNITÉS MALADIE	55
Partie IV. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	56
Partie XI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	56
9.3. Quand déposer les déclarations et verser les cotisations	56
9.4. Comment verser les cotisations	56
9.5. Comment calculer le montant des majorations de retard	57
9.6. Comment vérifier le solde de votre compte ZUS	57
10. Comment transmettre les formulaires	58
11. Comment désigner un mandataire pour qu'il remplisse et dépose les formulaires ZUS à votre nom	58
12. Base légale	59
13. Informations utiles	59
14. Les codes pays à deux lettres	61

## 8. COMMENT DEMANDER LA RADIATION DE VOTRE SALARIÉ / PRENEUR D'ORDRES DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Vous licenciez une personne qui doit être affiliée à l'assurance sociale et santé en vertu d'un contrat de mandat, d'un contrat d'agence ou d'un contrat de service. Vous devez la radier du régime de sécurité sociale. À ces fins, vous utilisez le formulaire [ZUS ZWUA – Demande de radiation du régime de sécurité sociale](#).

**Déposez le formulaire ZUS ZWUA dans les 7 jours suivant la date de cessation de versement des cotisations.**

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire [ZUS ZWUA – Demande de radiation du régime de sécurité sociale](#). Pour plus d'informations, consultez notre guide pratique [ZUS ZWUA – Demande de radiation du régime de sécurité sociale. Comment remplir et vérifier ce rapport](#).

Téléchargez le formulaire sur le site [www.zus.pl](http://www.zus.pl). Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n'inscrivez qu'un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noir ou bleu. N'utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « », &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).

### Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE

Dans cette partie, remplissez juste le champ 01 ou 02.

- ➔ si vous remplissez un nouveau formulaire, mettez un « X » dans le **champ 01**.
- ➔ si vous souhaitez modifier ou rectifier les informations renseignées auparavant, mettez un « X » dans le **champ 02**.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRÓTKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ
I. DANE ORGANIZACYJNE		
<input checked="" type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”	

### Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZPA ou ZUS ZFA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez votre numéro NIP (numéro d'identification fiscale), attribué par le deuxième bureau des impôts à Varsovie ; il est indispensable au règlement de la TVA. Omettez le sigle PL et les tirets.
- ➔ **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.
- ➔ **Champ 04** – Mettez un « 2 ».
- ➔ **Champ 05** – Complétez la série et le numéro de votre passeport ou de toute autre pièce d'identité. Complétez au maximum les 9 premières lettres et chiffres sans espaces ni signes de ponctuation.
- ➔ **Champ 06** – Complétez la dénomination abrégée du cotisant.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le nom du cotisant. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le premier prénom du cotisant.
- ➔ **Champ 09** – Complétez la date de naissance du cotisant (jour/mois/année) p. ex. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
	2 A N 0 0 0 0 0 0 0 0
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	
K R A M E R	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
A N N E L I E S E	2 7 1 1 1 9 7 5

### Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RADIÉE DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZUA ou ZUS ZZA.

➔ **Champ 01** – Complétez le numéro PESEL de l'assuré.

➔ **Champ 02** – Laissez ce champ vide.

➔ **Champ 03** – Remplissez ce champ uniquement si l'assuré n'a pas son numéro PESEL.

Indiquez un type de document :

1 – carte d'identité,

2 – passeport.

➔ **Champ 04** – Remplissez ce champ, si vous avez rempli le champ 03. Complétez la série et le numéro de son passeport ou de toute autre pièce d'identité.

➔ **Champ 05** – Complétez le nom de l'assuré. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.

➔ **Champ 06** – Complétez le premier prénom de l'assuré.

➔ **Champ 07** – Complétez la date de naissance de l'assuré (jour/mois/année) p. ex. 17 03 1988.

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYwanej z UBEZPIECZEN			
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
8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1			
05. Nazwisko			
J A N K O W S K A			
06. Imię pierwsze	07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
D O M I N I K A	1 7 0 3 1 9 8 8		

### Partie IV. RADIATION DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

➔ **Champ 01** – Complétez le code correspondant au droit à l'assurance, que vous avez renseigné dans le formulaire ZUS ZUA ou ZUS ZZA.

➔ **Champ 02** – Complétez la date à partir de laquelle l'assuré n'est plus couvert par le régime de sécurité sociale. Par exemple, si le 15 juillet 2019 est son dernier jour de prestations, complétez le 16 juillet 2019.

➔ **Champ 03** – Complétez un code indiquant un motif de sa radiation. Sélectionnez un code parmi les suivants :

**100** – lorsque son droit à l'assurance a cessé, à savoir le contrat conclu avec l'assuré a pris fin ou a été résilié.

**500** – lorsque l'assuré est mort.

**600** – pour tout autre motif.

IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEN		
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr)	03. Kod przyczyny wyrejestrowania
0 1 1 0 0 0	1 6 0 7 2 0 1 9	1 0 0

### Partie V. RÉSILIATION / FIN DU CONTRAT DE TRAVAIL / DE SERVICES

Vous remplissez cette partie uniquement si vous demandez la radiation de votre salarié, c'est-à-dire de la personne que vous avez affiliée, en utilisant le code commençant par 01 10 XX et dans la partie IV, champ 03, en complétant : 100 ou 500.

- ➔ **Champ 01** – Complétez la date de fin du contrat de travail / de services. Par exemple, si le 15 juillet 2019 est le dernier jour de votre salarié au travail, complétez cette date.
- ➔ **Champ 02** – Complétez un code à trois caractères relatif à la fin / résiliation du contrat de travail / de services. Parmi les codes utilisés les plus souvent se trouvent :
  - 22R** – résiliation du contrat suite à un commun accord entre les parties,
  - 23R** – résiliation du contrat avec préavis donné par l'employeur,
  - 24R** – résiliation du contrat avec préavis donné par le salarié,
  - 25R** – résiliation du contrat sans préavis de l'employeur, suite à un manquement aux obligations du salarié,
  - 28R** – résiliation du contrat de travail à l'expiration de la période pour laquelle il a été conclu,
  - 29R** – résiliation du contrat à la fin de la prestation pour laquelle il a été conclu,
  - 48W** – expiration du contrat de travail / de services en raison du décès du salarié.
 Le troisième caractère signifie :
  - R** – cessation du contrat de travail / de services à la suite de sa résiliation,
  - W** – cessation du contrat de travail / de services à la suite de son expiration.
- ➔ **Champ 03** – Complétez un code relevant d'une base juridique du Code du travail afin d'indiquer un motif de la résiliation / de l'expiration du contrat de travail / de services. Parmi les codes utilisés les plus souvent se trouvent :
  - 402** – résiliation du contrat de travail suite à un commun accord entre les parties,
  - 403** – résiliation du contrat de travail suite au préavis de l'une des parties,
  - 404** – résiliation du contrat de travail sans préavis pour un manquement grave du salarié à ses obligations,
  - 424** – expiration du contrat de travail au décès du salarié,
  - 550** – toute autre base juridique de la résiliation ou l'expiration du contrat de travail / de services.
- ➔ **Champ 04** – Remplissez ce champ, si vous avez complété le code 550 dans le champ 03. Complétez une base juridique de la résiliation / de l'expiration du contrat de travail / de services.
- ➔ **Champ 05** – Indiquez la partie qui a résilié le contrat de travail / de services :
  - 1** – si l'employé,
  - 2** – si l'employeur.

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

## Partie VI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- ➔ **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 16 07 2019.
- ➔ **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.
- ➔ **Champ 03** – Ce champ est destiné à la signature de la personne concernée par la radiation.
- ➔ **Champ 04** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

## Partie VII. DÉCLARATION DE LA PERSONNE RADIÉE DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Dans cette partie :

- ➔ **Champ 01** – Ce champ est destiné à la signature de la personne concernée par la radiation.

<p><b>VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b> 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)</p> <p>1 6 0 7 2 0 1 9</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>02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej</p> <p style="text-align: center;"><i>Anneliese Kramer</i></p> <p>03. Pieczęćka płatnika</p>	<p><b>VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ</b></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>01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 9. COMMENT CALCULER LES CHARGES PATRONALES ET SALARIALES

Si vous avez affilié un salarié ou un preneur d'ordres au régime de sécurité sociale, vous êtes tenus de déclarer et verser les cotisations telles que :

- ➔ assurance sociale,
- ➔ assurance santé,
- ➔ Fonds du travail et Fonds de solidarité,
- ➔ Fonds de pension de transition.

### 9.1. COMMENT CALCULER LES COTISATIONS DUES

#### 9.1.1. Base du calcul de l'assurance sociale

En Pologne, le calcul des cotisations à l'assurance sociale est basé sur le salaire brut. Si vous versez à vos employés de différents types de prestations en espèces, p. ex. : rémunération des heures supplémentaires, primes ou avantages en nature, prenez-les en compte lors de la détermination de la base de calcul des cotisations aux assurances sociales. Vous trouverez plus d'informations sur les cotisations dans le texte de la loi sur les revenus des personnes physiques (*Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych*) et dans un guide « [Principes de la soumission aux assurances sociales et à l'assurance santé et de la détermination de la base du calcul des cotisations](#) ».

Si vous rémunérez votre salarié en euros ou une autre devise, convertissez son montant en zlotys (PLN). Vous appuyez votre calcul sur le [taux de change moyen des devises étrangères publié par la Banque nationale de Pologne](#) (*Narodowy Bank Polski*) pour le dernier jour ouvrable avant la date de paiement de la rémunération. Communiquez ce montant dans les rapports mensuels personnels comme base du calcul des charges.

Les cotisations peuvent être entièrement couvertes par le cotisant ou par l'assuré ou bien réparties entre le cotisant et l'assuré. Voici un exemple des charges salariales :

Assurances sociales					
assurance vieillesse – 19,52%		assurance invalidité – 8%		assurance maladie – 2,45%	assurance accident – 1,67%
part patronale – 9,76%	part salariale – 9,76%	part patronale – 6,5%	part salariale – 1,50%	part entièrement salariale	part entièrement patronale

Une fois les cotisations calculées, vous les communiquez dans votre rapport mensuel personnel – [ZUS RCA](#).

### 9.1.2. Base du calcul de l'assurance santé

L'assurance santé est calculée sur la base de la [rémunération brute](#), diminuée des cotisations aux assurances vieillesse et invalidité, versées par l'assuré.

Assurance santé
9%
part entièrement salariale

Une fois les cotisations calculées, vous les communiquez dans :

- rapport mensuel personnel [ZUS RCA](#), si vous avez demandé l'affiliation d'un salarié ou d'un preneur d'ordres par le biais du formulaire ZUS ZUA
- rapport mensuel personnel [ZUS RZA](#), si vous avez demandé l'affiliation d'un preneur d'ordres par le biais du formulaire ZUS ZZA.

### 9.1.3. Montant de la cotisation au Fonds du travail et au Fonds de solidarité

Vous versez les cotisations au Fonds du travail et au Fonds de solidarité pour votre salarié et votre preneur d'ordres, si leur base du calcul des cotisations est supérieure à [la rémunération minimale](#).

Les cotisations au Fonds du travail et au Fonds de solidarité sont calculées sur la base des cotisations aux assurances vieillesse et invalidité.

Fonds du travail	Fonds de solidarité
2,30%	0,15%
part entièrement patronale	part entièrement patronale



**IMPORTANT** Vous ne déclarez pas de cotisations au Fonds du travail ni au Fonds de solidarité, si :

- la base du calcul des charges salariales est **inférieure à la base du salaire minimum**. Si la personne, que vous employez, a des revenus provenant de diverses catégories d'assurances, additionnez ses revenus et comparez ce montant avec le [salaire minimum](#). Si la somme de ses revenus mensuels dépasse le salaire minimum, alors vous déclarez ses cotisations.
- votre salarié ou preneur d'ordres est une femme de plus de 55 ans ou un homme de plus de 60 ans. Cette exonération s'applique à tout type de contrat et à tout montant de la rémunération.
- votre salarié a plus de 50 ans et avant son engagement, il est chômeur enregistré au bureau du travail de powiat (*Powiatowy Urząd Pracy*) pendant au moins 30 jours. Cette exonération est valable pendant 12 mois (concerne toute personne qui travaille pour vous sur le territoire de la Pologne).
- vous n'employez tous les salariés qu'en vertu d'un contrat de mandat, d'un contrat d'agence ou d'un contrat de travail saisonnier.

Vous communiquez le montant de la cotisation au Fonds du travail et au Fonds de solidarité dans le formulaire [ZUS DRA](#).

#### 9.1.4. Montant de la cotisation au Fonds de pension de transition

Vous versez une cotisation au Fonds de pension de transition pour votre salarié qui effectue son travail dans des conditions particulières ou de nature particulière, y compris pour celui qui travaille à temps partiel. Pour en savoir plus, consultez notre guide « [Principes du versement des cotisations aux Fonds du travail, Fonds des prestations sociales garanties, Fonds de pension de transition et Fonds de solidarité](#) ».

Les cotisations au Fonds de pension de transition sont calculées sur la base des cotisations aux assurances vieillesse et invalidité.

<b>Fonds de pension de transition</b>
<b>1,5%</b>
<b>part entièrement patronale</b>



**IMPORTANT** En tant que cotisant, vous êtes tenu d'évaluer si le travail de votre salarié est soumis à des conditions particulières ou de nature particulière.

## 9.2. QUELS FORMULAIRES REMPLIR

En tant que cotisant, vous êtes tenu de nous fournir tous les mois un ensemble de formulaires comprenant le formulaire ZUS DRA et les rapports mensuels personnels : ZUS RCA, ZUS RZA, ZUS RPA ou ZUS RSA.

- **ZUS DRA** – formulaire où vous communiquez une somme des cotisations que vous devez verser pour un mois comptable.  
Vous joignez au formulaire ZUS DRA les rapports mensuels personnels suivants :
- **ZUS RCA** – rapport mensuel personnel sur les cotisations dues et les prestations versées.
- **ZUS RZA** – rapport mensuel personnel sur les cotisations dues à l'assurance santé. Remplissez ce formulaire, si vous n'avez demandé l'affiliation d'un preneur d'ordres qu'à l'assurance santé.
- **ZUS RPA** – rapport mensuel personnel sur les revenus de l'assuré / périodes de travail de l'assuré en tant qu'enseignant. Vous remplissez ce formulaire, entre autres, lorsque :
  - au cours d'un mois, vous avez payé à l'assuré des revenus dus pour une année autre que celle indiquée dans votre rapport, et qui ont servi de base du calcul des cotisations aux assurances vieillesse et invalidité ou (en cas de dépassement de la base annuelle du calcul de ces deux cotisations) de base du calcul des cotisations à l'assurance accident.
  - au cours d'un mois, vous avez payé à l'assuré (outre indemnité d'incapacité de travail, allocation maladie, maternité, soins, indemnité de réadaptation) p. ex. un supplément de stage, qui au moment de sa perception ne servait pas de base du calcul des cotisations aux assurances vieillesse et invalidité et qui est du pour un mois ou pour une autre année civile.
- **ZUS RSA** – rapport mensuel personnel sur les prestations payées et les ruptures dans le versement des cotisations. Vous remplissez ce formulaire, si votre salarié est en arrêt à cause d'une maladie, d'un accident du travail ou en congé sans solde.

### 9.2.1. Comment remplir le formulaire ZUS DRA

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire [ZUS DRA – Déclaration des cotisations](#). Pour plus d'informations, consultez notre guide pratique [ZUS DRA – Déclaration des cotisations. Comment remplir et vérifier ce rapport.](#)

Téléchargez le formulaire sur le site [www.zus.pl](http://www.zus.pl). Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n'inscrivez qu'un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noir ou bleu. N'utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « », &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).

#### Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE

- **Champ 01** – Mettez un « 3 ». Ce symbole correspond à la date limite de dépôt de vos déclarations et rapports, à savoir le 15 du mois.
- **Champ 02** – Mettez un « 01 », si cette déclaration est la première déclaration du mois, ensuite complétez le mois et l'année pour lesquels vous déclarer les cotisations (p. ex. 01 2019).
- **Champs 03, 04 et 05** – Laissez ces champs vides.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		<b>02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)</b>		<b>05. Znak i numer decyzji pokontrolnej</b>
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów	03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”		
3		01	01	2
		0	1	2
		0	1	9

#### Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZPA ou ZUS ZFA.

- **Champ 01** – Complétez votre numéro NIP (numéro d'identification fiscale), attribué par le deuxième bureau des impôts à Varsovie ; il est indispensable au règlement de la TVA. Omettez le sigle PL et les tirets.
- **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.
- **Champ 04** – Mettez un « 2 ».

- ➔ **Champ 05** – Complétez la série et le numéro de votre passeport ou de toute autre pièce d'identité. Complétez au maximum les 9 premières lettres et chiffres sans espaces ni signes de ponctuation.
- ➔ **Champ 06** – Complétez la dénomination abrégée du cotisant.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le nom du cotisant. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le premier prénom du cotisant.
- ➔ **Champ 09** – Complétez la date de naissance du cotisant (jour/mois/année) p. ex. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
	2 A N 0 0 0 0 0 0 0
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
K R A M E R	2 7 1 1 1 9 7 5
08. Imię pierwsze	
A N N E L I E S E	

### Partie III. AUTRES INFORMATIONS

- ➔ **Champ 01** – Complétez le nombre d'assurés, pour lesquels vous déclarez les cotisations.
- ➔ **Champ 02** – Laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 03** – Complétez un pourcentage des cotisations à l'assurance accident.

III. INNE INFORMACJE	
01. Liczba ubezpieczonych	03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe
1	1 6 7 %
02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa <sup>2)</sup>	

### Partie IV. DÉCOMPTÉ DES COTISATIONS DUES A LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DES SOURCES DE FINANCEMENT

- ➔ **Champ 01** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance vieillesse – total des champs 04 et 07.
- ➔ **Champ 02** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance invalidité – total des champs 05 et 08.
- ➔ **Champ 03** – Complétez le montant des cotisations aux assurances vieillesse et invalidité – total des champs 01 et 02.
- ➔ **Champ 04** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance vieillesse (part salariale).
- ➔ **Champ 05** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance invalidité (part salariale).
- ➔ **Champ 06** – Complétez le montant des cotisations aux assurances vieillesse et invalidité – total des champs 04 et 05.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance vieillesse (part salariale).
- ➔ **Champ 08** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance invalidité (part patronale).
- ➔ **Champ 09** – Complétez le montant des cotisations aux assurances vieillesse et invalidité – total des champs 07 et 08.
- ➔ **Champs 10 à 18** – Laissez ces champs vides.
- ➔ **Champ 19** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance maladie – montant du champ 22.
- ➔ **Champ 20** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance accident – montant du champ 26.
- ➔ **Champ 21** – Complétez le montant des cotisations aux assurances maladie et accident – total des champs 19 et 20.
- ➔ **Champ 22** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance maladie (part salariale).
- ➔ **Champ 23** – Laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 24** – Complétez le montant des cotisations aux assurances maladie et accident – montant du champ 22.
- ➔ **Champ 25** – Laissez ce champ vide.

- ➔ **Champ 26** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance accident (part patronale).
- ➔ **Champ 27** – Complétez le montant des cotisations aux assurances maladie et accident – montant du champ 26.
- ➔ **Champs 28 à 36** – Laissez ces champs vides.
- ➔ **Champ 37** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance sociale (part patronale).

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA			
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne	02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe	03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
	1 1 1 2 9 2	4 5 6 1 1	1 5 6 9 0 3
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych	05. ubezpieczonych	06. (p. 04 + p. 05)
	5 5 6 4 6	8 5 5 2	6 4 1 9 8
	07. płatnika składek	08. płatnika składek	09. (p. 07 + p. 08)
	5 5 6 4 6	3 7 0 5 9	9 2 7 0 5
	10. budżet państwa	11. budżet państwa	12. (p. 10 + p. 11)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	13. PFRON <sup>2)</sup>	14. PFRON <sup>2)</sup>	15. (p. 13 + p. 14)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
16. Fundusz Kościelny	17. Fundusz Kościelny	18. (p. 16 + p. 17)	
zł, gr	zł, gr	zł, gr	
SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe	20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe
	1 3 9 6 8	9 5 2 1	2 3 4 8 9
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych	23. ubezpieczonych	24. (p. 22 + p. 23)
	1 3 9 6 8	zł, gr	1 3 9 6 8
	25. płatnika składek	26. płatnika składek	27. (p. 25 + p. 26)
	zł, gr	9 5 2 1	9 5 2 1
	28. budżet państwa	29. budżet państwa	30. (p. 28 + p. 29)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	31. PFRON <sup>2)</sup>	32. PFRON <sup>2)</sup>	33. (p. 31 + p. 32)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
34. Fundusz Kościelny	35. Fundusz Kościelny	36. (p. 34 + p. 35)	
zł, gr	zł, gr	zł, gr	
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)			1 8 0 3 9 2

## Partie V. DÉCOMPTE DES PRESTATIONS PAYÉES SOUMISES A LA DÉCLARATION AU TITRE DES COTISATIONS A L'ASSURANCE SOCIALE

- ➔ **Champ 01** – Complétez le montant des prestations payées de l'assurance maladie.
- ➔ **Champ 02** – Complétez le montant de la rémunération qui vous est due, en tant que cotisant, des prestations payées au titre de l'assurance maladie.
- ➔ **Champ 03** – Complétez le montant des prestations payées de l'assurance accident.
- ➔ **Champ 04** – Laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 05** – Complétez la somme des champs 01, 02 et 03.

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE			
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	zł, gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS <sup>3)</sup>	zł, gr
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)			zł, gr



## Partie X. DÉCLARATION DES REVENUES

Ne remplissez pas cette partie.

**X. DEKLARACJA DOCHODU** (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe  zł,  gr

03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe  zł,  gr

04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe  zł,  gr

05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne  zł,  gr

06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

## Partie XI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- ➔ **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 15 02 2019.
- ➔ **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.
- ➔ **Champ 03** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

**XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

1  5  0  2  2  0  1  9

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 składek lub osoby upoważnionej

*Anneliese Kramer*

03. Pieczęćka płatnika składek

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacania jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2019 r. poz. 1438, z późn. zm.)

### 9.2.2. Comment remplir le rapport personnel ZUS RCA

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire [ZUS RCA – Rapport mensuel personnel sur les cotisations dues et les prestations versées](#). Pour en savoir plus, consultez notre guide pratique [ZUS RCA – Rapport mensuel personnel sur les cotisations dues et les prestations versées. Comment remplir et vérifier ce rapport](#).

Téléchargez le formulaire sur le site [www.zus.pl](http://www.zus.pl). Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n'inscrivez qu'un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noir ou bleu. N'utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « », &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).



#### IMPORTANT

Vous remplissez et déposez ce rapport mensuel personnel pour chaque mois, résultant des demandes d'affiliation de votre salarié ou preneur d'ordres. Si, au cours d'un mois, vous ne payez aucun salaire, vous indiquez dans le rapport comme une base du calcul des cotisations le montant de 0,00 zlotys.

### Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE

- ➔ **Champ 01** – Complétez un « 01, », si cette déclaration est la première déclaration du mois, ensuite complétez le mois et l'année pour lesquels vous déclarez les cotisations.


**IMPORTANT**

Le numéro de votre rapport doit correspondre au numéro de votre déclaration des cotisations.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RCA	strona: 1	<b>IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH</b>				
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>								
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)								
	0	1	0	1	2	0	1	9

## Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZPA ou ZUS ZFA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez votre numéro NIP (numéro d'identification fiscale), attribué par le deuxième bureau des impôts à Varsovie ; il est indispensable au règlement de la TVA. Omettez le sigle PL et les tirets.
- ➔ **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.
- ➔ **Champ 04** – Mettez un « 2 ».
- ➔ **Champ 05** – Complétez la série et le numéro de votre passeport ou de toute autre pièce d'identité. Complétez au maximum les 9 premières lettres et chiffres sans espaces ni signes de ponctuation.
- ➔ **Champ 06** – Complétez la dénomination abrégée du cotisant.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le nom du cotisant. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le premier prénom du cotisant.
- ➔ **Champ 09** – Complétez la date de naissance du cotisant (jour/mois/année) p. ex. 27 11 1975.

<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>	<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>	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	05. Seria i numer dokumentu
	06. Nazwa skrócona		
	07. Nazwisko		
	08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	2	A N 0 0 0 0 0 0 0 0
	K R A M E R		2 7 1 1 1 9 7 5
	A N N E L I E S E		

## Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

### Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZUA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez le nom de l'assuré. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 02** – Complétez le premier prénom de l'assuré.
- ➔ **Champ 03** – Indiquez un type de document :  
P – PESEL,  
1 – carte d'identité,  
2 – passeport ou autre pièce d'identité.
- ➔ **Champ 04** – Complétez le numéro d'identification (PESEL) ou la série et le numéro de carte d'identité ou la série et le numéro de passeport.


**IMPORTANT**

Dans toutes les déclarations, vous communiquez les informations d'identification renseignées dans le formulaire ZUS ZUA.

<b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>	01. Nazwisko	03. Typ	04. Identyfikator
	02. Imię pierwsze		
	J A N K O W S K A	P	8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1
D O M I N I K A			

### Partie III. B. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES A L'ASSURANCE SOCIALE

- ➔ **Champ 01** – Complétez le code correspondant au droit à l'assurance, que vous avez renseigné dans le formulaire ZUS ZUA ou ZUS ZZA.
  - ➔ **Champ 02** – Complétez uniquement lorsque la rémunération de votre salarié dépasse la base annuelle du calcul des cotisations aux assurances vieillesse et invalidité. Vous trouverez plus d'informations sur la base annuelle du calcul des cotisations dans notre guide pratique « [Principes de la soumission aux assurances sociales et à l'assurance santé et de la détermination de la base du calcul des cotisations](#) ».
- Complétez :
- 1 – si les informations sur le dépassement de la base annuelle du calcul des cotisations vous ont été fournies par l'assuré,
  - 2 – si les informations sur le dépassement la base annuelle du calcul des cotisations ont été fournies par le cotisant,
  - 3 – si les informations sur le dépassement de la base annuelle du calcul des cotisations ont été fournies par le ZUS.
- ➔ **Champ 03** – Complétez le temps de travail, spécifié dans le contrat de travail (complétez une fraction).
  - ➔ **Champ 04** – Complétez la [base du calcul des cotisations aux assurances vieillesse et invalidité](#).
  - ➔ **Champ 05** – Complétez la [base du calcul des cotisations à l'assurance maladie](#).
  - ➔ **Champ 06** – Complétez la [base du calcul des cotisations à l'assurance accident](#).
  - ➔ **Champ 07** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance vieillesse (part salariale)
  - ➔ **Champ 08** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance invalidité (part salariale).
  - ➔ **Champ 09** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance maladie (part salariale).
  - ➔ **Champ 10** – Laissez ce champ vide.
  - ➔ **Champ 11** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance vieillesse (part patronale).
  - ➔ **Champ 12** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance invalidité (part patronale).
  - ➔ **Champ 13** – Laissez ce champ vide.
  - ➔ **Champ 14** – Complétez le montant des cotisations à l'assurance accident (part patronale).
  - ➔ **Champs 15 à 27** – Laissez ces champs vides.

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE						
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		03. Wymiar czasu pracy		
0	1	1	0	0	0	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE		
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.		06.	
	5	7	0	1	3	9
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:						
ubezpieczonego	07.	5	5	6	4	6
płatnika składek	11.	5	5	6	4	6
budżet państwa	15.					
PFRON <sup>2)</sup>	19.					
Fundusz Kościelny	23.					
	08.	8	5	5	2	
	12.	3	7	0	5	9
	16.					
	20.					
	24.					
	09.	1	3	9	6	8
	13.					
	17.					
	21.					
	25.					
	10.					
	14.					
	18.					
	22.					
	26.					
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego						
28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek						
29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)						1 8 0 3 9 2

### Partie III C. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES A L'ASSURANCE SANTÉ

- ➔ **Champ 01** – Complétez la [base du calcul des cotisations à l'assurance santé](#).
- ➔ **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.

- **Champ 04** – Complétez le montant de l'assurance santé calculée sur la base du calcul des cotisations applicable à cette assurance.
- **Champ 05** – Laissez ce champ vide.

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
01. Podstawa wymiaru składki	4 9 1 9 , 7 3
02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek <sup>3)</sup>	zł, gr
03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	zł, gr
04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego	4 4 2 , 7 8
05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny	zł, gr

### Partie III. D. DÉCOMPTE DES PRESTATIONS PAYÉES DU BUDGET D'ÉTAT

Ne remplissez pas cette partie.

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA <sup>4)</sup>	
01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	zł, gr
02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego	zł, gr
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	zł, gr
04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)	zł, gr

### Partie IV. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

Si vous déclarez les cotisations pour plus d'une personne assurée, remplissez cette partie comme la partie III.

IV A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. Nazwisko	
02. Imię pierwsze	
03. Typ	
04. Identyfikator	
IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE	
01. Kod tytułu ubezpieczenia	
02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
03. Wymiar czasu pracy	
UBEZPIECZENIE	
EMERYTALNE	
RENTOWE	
CHOROBY	
WYPADKOWE	
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. zł, gr
06. SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:	06. zł, gr
ubezpieczonego	07. zł, gr
płatnika składek	08. zł, gr
budżet państwa	09. zł, gr
PFRON <sup>2)</sup>	10. zł, gr
Fundusz Kościelny	11. zł, gr
12. zł, gr	13. zł, gr
14. zł, gr	15. zł, gr
16. zł, gr	17. zł, gr
18. zł, gr	19. zł, gr
20. zł, gr	21. zł, gr
22. zł, gr	23. zł, gr
24. zł, gr	25. zł, gr
26. zł, gr	26. zł, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego	zł, gr
28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek	zł, gr
29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	zł, gr
IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
01. Podstawa wymiaru składki	zł, gr
02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek <sup>3)</sup>	zł, gr
03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	zł, gr
04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego	zł, gr
05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny	zł, gr
IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA <sup>4)</sup>	
01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	zł, gr
02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego	zł, gr
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	zł, gr
04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)	zł, gr

## Partie V. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 15 02 2019.
- **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.
- **Champ 03** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

<b>V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b> 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr) 1 5 0 2 2 0 1 9	
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 składek lub osoby upoważnionej  <p style="text-align: center;"><i>Anneliese Kramer</i></p>	03. Pieczęćka płatnika składek

### 9.2.3. Comment remplir le rapport personnel ZUS RPA

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire [ZUS RPA – Rapport mensuel personnel sur les revenus de l'assuré / périodes de travail de l'assuré en tant qu'enseignant](#). Pour en savoir plus, consultez notre guide pratique [ZUS RPA – Rapport mensuel personnel sur les revenus de l'assuré / périodes de travail de l'assuré en tant qu'enseignant. Comment remplir et vérifier ce rapport](#)

Téléchargez le formulaire sur le site [www.zus.pl](http://www.zus.pl). Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n'inscrivez qu'un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noir ou bleu. N'utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).

#### Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE

- **Champ 01** – Complétez un « 01, », si cette déclaration est la première déclaration du mois, ensuite complétez le mois et l'année pour lesquels vous déclarez les cotisations.



**IMPORTANT** Le numéro de votre rapport doit correspondre au numéro de votre déclaration des cotisations et au numéro de rapport mensuel personnel.

<small>PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.</small>			
ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RPA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE 01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)			
0 1 0 1 2 0 1 9			

#### Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZPA ou ZUS ZFA.

- **Champ 01** – Complétez votre numéro NIP (numéro d'identification fiscale), attribué par le deuxième bureau des impôts à Varsovie ; il est indispensable au règlement de la TVA. Omettez le sigle PL et les tirets.
- **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.
- **Champ 04** – Mettez un « 2 ».

- ➔ **Champ 05** – Complétez la série et le numéro de votre passeport ou de toute autre pièce d'identité. Complétez au maximum les 9 premières lettres et chiffres sans espaces ni signes de ponctuation.
- ➔ **Champ 06** – Complétez la dénomination abrégée du cotisant.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le nom du cotisant. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le premier prénom du cotisant.
- ➔ **Champ 09** – Complétez la date de naissance du cotisant (jour/mois/année) p. ex. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport 2
	2
	05. Seria i numer dokumentu
	A N 0 0 0 0 0 0 0
06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko	
K R A M E R	
08. Imię pierwsze	
A N N E L I E S E	
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
2 7 1 1 1 9 7 5	

### Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

#### Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZUA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez le nom de l'assuré. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 02** – Complétez le premier prénom de l'assuré.
- ➔ **Champ 03** – Indiquez un type de document :
  - P – PESEL,
  - 1 – carte d'identité,
  - 2 – passeport ou autre pièce d'identité.
- ➔ **Champ 04** – Complétez le numéro d'identification (PESEL) ou la série et le numéro de carte d'identité ou la série et le numéro de passeport.
- ➔ **Champ 05** – Complétez le code correspondant au droit à l'assurance, que vous avez renseigné dans le formulaire ZUS ZUA.



#### IMPORTANT

Dans toutes les déclarations, vous communiquez les informations d'identification renseignées dans le formulaire ZUS ZUA.

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. Nazwisko	
J A N K O W S K A	
02. Imię pierwsze	
D O M I N I K A	
03. Typ	04. Identyfikator
P	8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1
05. Kod tytułu ubezpieczenia	
0 1 1 0 0 0	

#### Partie III B. MONTANT DES REVENUS PAYÉES AU COURS D'UN MOIS, MAIS DUS POUR UNE AUTRE ANNÉE CIVILE, QUI CONSTITUE LA BASE DU CALCUL DES COTISATIONS AUX ASSURANCES VIEILLESSE ET INVALIDITÉ

- ➔ **Champ 01** – Complétez l'année pour laquelle les revenus sont dus.
- ➔ **Champ 02** – Complétez le montant total des revenus payés.
- ➔ **Champ 03** – Complétez l'année pour laquelle les revenus sont dus.
- ➔ **Champ 04** – Complétez le montant total des revenus payés.
- ➔ **Champ 05** – Complétez l'année pour laquelle les revenus sont dus.
- ➔ **Champ 06** – Complétez le montant total des revenus payés.

III. B. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód za rok	02. Kwota
2 0 1 8	6 1 6 7 2
03. Przychód za rok	04. Kwota
	zi, gr
05. Przychód za rok	06. Kwota
	zi, gr

**Partie III C. MONTANT DES REVENUS PAYÉES AU COURS D'UN MOIS, MAIS DUS POUR UNE AUTRE ANNÉE CIVILE, QUI CONSTITUE LA BASE DU CALCUL DES COTISATIONS A L'ASSURANCE ACCIDENT**

- **Champ 01** – Complétez l'année pour laquelle les revenus sont dus.
- **Champ 02** – Complétez le montant total des revenus payés.
- **Champ 03** – Complétez l'année pour laquelle les revenus sont dus.
- **Champ 04** – Complétez le montant total des revenus payés.
- **Champ 05** – Complétez l'année pour laquelle les revenus sont dus.
- **Champ 06** – Complétez le montant total des revenus payés.

III. C. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE

01. Przychód za rok	02. Kwota
2 0 1 8	5 4 4 2 8
03. Przychód za rok	04. Kwota
	zi, gr
05. Przychód za rok	06. Kwota
	zi, gr

**Partie III D. MONTANT DES REVENUS PAYÉES AU COURS D'UN MOIS (OUTRE INDEMNITÉ D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MALADIE, MATERNITÉ, SOINS, INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION) QUI AU MOMENT DE LEUR PERCEPTION NE SERVAIENT PAS DE BASE DU CALCUL DES COTISATIONS AUX ASSURANCES VIEILLESSE ET INVALIDITÉ**

- **Champ 01** – Complétez le montant total des revenus payés.

III. D. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, 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

01. Kwota
zi, gr

**Partie III E. MONTANT DES REVENUS PAYÉES AU COURS D'UN MOIS (OUTRE INDEMNITÉ D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MALADIE, MATERNITÉ, SOINS, INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION) QUI AU MOMENT DE LEUR PERCEPTION NE SERVAIENT PAS DE BASE DU CALCUL DES COTISATIONS AUX ASSURANCES VIEILLESSE ET INVALIDITÉ ET QUI SONT DUS POUR UNE AUTRE ANNÉE CIVILE**

- **Champ 01** – Complétez l'année pour laquelle les revenus sont dus.
- **Champ 02** – Complétez le montant total des revenus payés.
- **Champ 03** – Complétez l'année pour laquelle les revenus sont dus.
- **Champ 04** – Complétez le montant total des revenus payés.
- **Champ 05** – Complétez l'année pour laquelle les revenus sont dus.
- **Champ 06** – Complétez le montant total des revenus payés.

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY

01. Przychód za rok 	02. Kwota 
03. Przychód za rok 	04. Kwota 
05. Przychód za rok 	06. Kwota 

### Partie III F. PÉRIODES DE TRAVAIL DE L'ASSURÉ EN TANT QU'ENSEIGNANT

- ➔ **Champ 01** – Complétez la date de début de la période de travail en tant qu'enseignant.
- ➔ **Champ 02** – Complétez la date de fin de la période de travail en tant qu'enseignant.
- ➔ **Champ 03** – Complétez le nombre de cours réalisés par l'enseignant en vertu de son contrat de travail conclu avec l'école / l'établissement. Complétez une fraction.
- ➔ **Champ 04** – Complétez la date de début de la période de travail en tant qu'enseignant.
- ➔ **Champ 05** – Complétez la date de fin de la période de travail en tant qu'enseignant.
- ➔ **Champ 06** – Complétez le nombre de cours réalisés par l'enseignant en vertu de son contrat de travail conclu avec l'école / l'établissement. Complétez une fraction.

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZUS RPA strona: 2 IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ

III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ<sup>2)</sup>

01. Okres od (dd / mm / rrrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrrr) 	03. Wymiar zajęć 
04. Okres od (dd / mm / rrrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrrr) 	06. Wymiar zajęć 

### Partie IV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- ➔ **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 15 02 2019.
- ➔ **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.
- ➔ **Champ 03** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

#### IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

1 5 0 2 2 0 1 9

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

*Anneliese Kramer*

03. Pieczęćka płatnika

### 9.2.4. Comment remplir le rapport personnel ZUS RZA

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire [ZUS RZA – Rapport mensuel personnel sur les cotisations dues à l'assurance santé](#). Pour en savoir plus, consultez notre guide pratique [ZUS RZA – Rapport mensuel personnel sur les cotisations dues à l'assurance santé. Comment remplir et vérifier ce rapport](#)

Téléchargez le formulaire sur le site [www.zus.pl](http://www.zus.pl). Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n'inscrivez qu'un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noir ou bleu. N'utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « », &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).

## Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE

➔ **Champ 01** – Complétez un « 01 », si cette déclaration est la première déclaration du mois, ensuite complétez le mois et l'année pour lesquels vous déclarez les cotisations.



**IMPORTANT** Le numéro de votre rapport doit correspondre au numéro de votre déclaration des cotisations.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>								
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)								
	0	1	0	1	2	0	1	9

## Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZPA ou ZUS ZFA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez votre numéro NIP (numéro d'identification fiscale), attribué par le deuxième bureau des impôts à Varsovie ; il est indispensable au règlement de la TVA. Omettez le sigle PL et les tirets.
- ➔ **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.
- ➔ **Champ 04** – Mettez un « 2 ».
- ➔ **Champ 05** – Complétez la série et le numéro de votre passeport ou de toute autre pièce d'identité. Complétez au maximum les 9 premières lettres et chiffres sans espaces ni signes de ponctuation.
- ➔ **Champ 06** – Complétez la dénomination abrégée du cotisant.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le nom du cotisant. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le premier prénom du cotisant.
- ➔ **Champ 09** – Complétez la date de naissance du cotisant (jour/mois/année) p. ex. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		02. Numer REGON	
	01. Numer NIP (wisać bez kresek)			
	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9			
	03. Numer PESEL <sup>1)</sup>		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
			2	
	05. Seria i numer dokumentu		A N 0 0 0 0 0 0 0 0	
	06. Nazwa skrócona			
	07. Nazwisko		K R A M E R	
	08. Imię pierwsze		A N N E L I E S E	
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		2 7 1 1 1 9 7 5		

## Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

### Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZZA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez le nom de l'assuré. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 02** – Complétez le premier prénom de l'assuré.
- ➔ **Champ 03** – Indiquez un type de document :  
P – PESEL,

- 1 – carte d'identité,
- 2 – passeport ou autre pièce d'identité.

➔ **Champ 04** – Complétez le numéro d'identification (PESEL) ou la série et le numéro de carte d'identité ou la série et le numéro de passeport.



### IMPORTANT

Dans toutes les déclarations, vous communiquez les informations d'identification renseignées dans le formulaire ZUS ZZA.

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. Nazwisko	J A N K O W S K A
02. Imię pierwsze	D O M I N I K A
03. Typ	P
04. Identyfikator	8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1

### Partie III B. DÉCOMPTE DES COTISATIONS A L'ASSURANCE SANTÉ

- ➔ **Champ 01** – Complétez le code correspondant au droit à l'assurance renseigné dans le formulaire ZUS ZZA.
- ➔ **Champ 02** – Complétez le [base du calcul des cotisations à l'assurance santé](#).
- ➔ **Champs 03 et 04** – Laissez ces champs vides.
- ➔ **Champ 05** – Complétez le montant des cotisations calculées sur la [base de leur calcul](#).
- ➔ **Champ 06** – Laissez ce champ vide.

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
01. Kod tytułu ubezpieczenia	0 4 1 1 0 0
02. Podstawa wymiaru składki	4 9 1 9 , 7 3
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>	zł, gr
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	zł, gr
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego	4 4 2 , 7 8
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny	zł, gr

### Partie IV. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

Si vous déclarez les cotisations pour plus d'une personne assurée, remplissez cette partie comme la partie III.

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. Nazwisko	
02. Imię pierwsze	
03. Typ	
04. Identyfikator	

  

IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
01. Kod tytułu ubezpieczenia	
02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>	zł, gr
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	zł, gr
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego	zł, gr
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny	zł, gr

### Partie VIII. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- ➔ **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 15 02 2019.
- ➔ **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.
- ➔ **Champ 03** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

<b>VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b> 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1 5 0 2 2 0 1 9</div>	
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  <div style="text-align: center; font-family: cursive; font-size: 1.2em;">Anneliese Kramer</div>	03. Pieczęćka płatnika

### 9.2.5. Comment remplir le rapport personnel ZUS RSA

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire [ZUS RSA – Rapport mensuel personnel sur les prestations versées et les ruptures dans le versement des cotisations](#). Pour en savoir plus, consultez notre guide pratique [ZUS RSA – Rapport mensuel personnel sur les prestations versées et les ruptures dans le versement des cotisations. Comment remplir et vérifier ce rapport](#).

Téléchargez le formulaire sur le site [www.zus.pl](http://www.zus.pl). Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n'inscrivez qu'un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noir ou bleu. N'utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « », &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).

#### Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE

➔ **Champ 01** – Complétez un « 01 », si cette déclaration est la première déclaration du mois, ensuite complétez le mois et l'année pour lesquels vous déclarez les cotisations.



#### IMPORTANT

Le numéro de votre rapport doit correspondre au numéro de votre déclaration des cotisations.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RSA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">0 1 0 1 2 0 1 9</div>			

#### Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZPA ou ZUS ZFA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez votre numéro NIP (numéro d'identification fiscale), attribué par le deuxième bureau des impôts à Varsovie ; il est indispensable au règlement de la TVA. Omettez le sigle PL et les tirets.
- ➔ **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.
- ➔ **Champ 04** – Mettez un « 2 ».
- ➔ **Champ 05** – Complétez la série et le numéro de votre passeport ou de toute autre pièce d'identité. Complétez au maximum les 9 premières lettres et chiffres sans espaces ni signes de ponctuation.
- ➔ **Champ 06** – Complétez la dénomination abrégée du cotisant.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le nom du cotisant. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le premier prénom du cotisant.
- ➔ **Champ 09** – Complétez la date de naissance du cotisant (jour/mois/année) p. ex. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
	2 A N 0 0 0 0 0 0 0
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	
K R A M E R	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
A N N E L I E S E	2 7 1 1 1 9 7 5

## Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

### Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZUA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez le nom de l'assuré. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 02** – Complétez le premier prénom de l'assuré.
- ➔ **Champ 03** – Indiquez un type de document :
  - P – PESEL,
  - 1 – carte d'identité,
  - 2 – passeport ou autre pièce d'identité.
- ➔ **Champ 04** – Complétez le numéro d'identification (PESEL) ou la série et le numéro de carte d'identité ou la série et le numéro de passeport.



#### IMPORTANT

Dans toutes les déclarations, vous communiquez les informations d'identification renseignées dans le formulaire ZUS ZUA.

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. Nazwisko	03. Typ 04. Identyfikator
J A N K O W S K A	P 8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1
02. Imię pierwsze	
D O M I N I K A	

### Partie III B. TYPES ET PÉRIODES DE RUPTURE DANS LE VERSEMENT DES COTISATIONS ET DÉCOMPTE DES PRESTATIONS PAYÉES / INDEMNITÉS MALADIE

- ➔ **Champ 01** – Complétez le code correspondant au droit à l'assurance que vous avez renseigné dans le formulaire ZUS ZUA.
- ➔ **Champ 02** – Complétez un code correspondant à cette rupture, p. ex. :
  - ➔ **Code 313** – correspond aux indemnités maladie de l'assurance maladie,
  - ➔ **Code 314** – correspond aux indemnités maladie de l'assurance accident,
  - ➔ **Code 331** – correspond à l'indemnité d'incapacité de travail suite à une maladie, couverte par l'employeur.
- ➔ **Champ 03** – Complétez le **début** de rupture dans le versement des cotisations ou la période des prestations payées / indemnités maladie.
- ➔ **Champ 04** – Complétez le **fin** de rupture dans le versement des cotisations ou la période des prestations payées / indemnités maladie.
- ➔ **Champ 05** – Complétez le nombre de jours de prestations ou le nombre de paiements.
- ➔ **Champs 06** – Complétez le montant des prestations versées ou indemnités maladie.

III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ	
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod świadczenia / przerwy
0 1 1 0 0 0	3 3 1
03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)
Okres 1 4 0 1 2 0 1 9 - 2 3 0 1 2 0 1 9	
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kwota
1 0	3 8 0 0 0

## Partie IV. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

Si vous déclarez les cotisations pour plus d'une personne assurée, remplissez cette partie comme la partie III.

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. Nazwisko	
02. Imię pierwsze	
03. Typ	04. Identyfikator
IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY	
01. Kod tytułu ubezpieczenia	
03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)
Okres	
02. Kod świadczenia / przerwy	
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
06. Kwota	zł, gr

## Partie XI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- ➔ **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 15 02 2019.
- ➔ **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.
- ➔ **Champ 03** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
1 5 0 2 2 0 1 9	
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	03. Pieczęć płatnika
<i>Anneliese Kramer</i>	

## 9.3. QUAND DÉPOSER LES DÉCLARATIONS ET VERSER LES COTISATIONS

Vous déclarez et versez les cotisations et prestations pour vos salariés et preneurs d'ordres **jusqu'au 15 du mois suivant**.

Si l'échéance tombe un jour férié, alors vous déposez les déclarations et versez les cotisations le premier jour ouvrable suivant ce jour férié.



### IMPORTANT

En tant que cotisant, vous êtes tenu de transmettre les déclarations et de verser les cotisations à temps.

En cas de retard de versement des cotisations, vous ajoutez [des majorations aux montants dus](#).

## 9.4. COMMENT VERSER LES COTISATIONS

Vous versez toutes les cotisations sur votre compte bancaire individuel (NRS). Vous recevrez son numéro par poste, suite à votre demande d'enregistrement du cotisant.

En versant vos cotisations depuis l'étranger, n'oubliez pas le SWIFT : **NBPLPLPW**.

Si vous programmez un ordre de virement depuis l'étranger, indiquez le montant à verser en zlotys (PLN), conformément au montant déclaré dans le formulaire ZUS DRA. En cas de retard de versement des cotisations, vous ajoutez des majorations aux montants dus. Dans votre ordre de virement, indiquez les frais de transfert suivants : OUR.

Si vous ne pouvez pas effectuer votre virement en zlotys (PLN) et que votre ordre de virement est en euros ou autre devise étrangère, vous risquez un paiement insuffisant ou excédentaire sur votre compte NRS, résultant des différences de taux de change.

Nous présentons ci-dessous un exemple de formulaire de virement dûment rempli.

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa	nazwa odbiorcy	Z U S
	nazwa odbiorcy cd.	I n d y w i d u a l n y N R S
	nr rachunku odbiorcy	x x 6 0 0 0 0 2 0 2 6 x x x x x x x x x x x x x x
	waluta	W P P L N
	kwota	2 3 8 6 , 3 8
	nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x
	nazwa zleceniodawcy	A N N E L I E S E K R A M E R
	nazwa zleceniodawcy cd.	
	tytułem	W p ł a t a d o Z U S
	tytułem cd.	
		06
	pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	Opłata: [ ][ ][ ][ ]
		odcinek dla banku zleceniodawcy

## 9.5. COMMENT CALCULER LE MONTANT DES MAJORATIONS DE RETARD

Si vous versez vos cotisations après la date limite, vous êtes tenu de régler des majorations de retard. Vous pouvez calculer les majorations de retard à l'aide du calculateur disponible sur notre site Web : <https://www.zus.pl/firmy/rozliczenia-z-zus/kalkulator-odsetkowy-dla-platnikow-skladek-zus>.

Ce calculateur exige les informations suivantes :

- ➔ montant des cotisations à verser,
- ➔ échéance,
- ➔ date de versement des cotisations,
- ➔ appliquer taux - de base,
- ➔ sélectionnez : « Calculer majorations »

Versez ces majorations sur votre compte [NRS](#).

## 9.6. COMMENT VÉRIFIER LE SOLDE DE VOTRE COMPTE ZUS

Afin de vérifier le solde de votre compte ZUS, envoyez-nous le formulaire [RD-3](#) – Demande d'informations sur la situation du cotisant.

Vous pouvez télécharger ce formulaire sur notre site [www.zus.pl](http://www.zus.pl) et le déposer dans une agence ZUS ou l'envoyer par poste ou par service coursier à l'adresse suivante :

I Oddział ZUS w Warszawie  
ul. Senatorska 6/8  
00-917 Warszawa

En cas de réception de :

- ➔ solde 0 – la somme de vos cotisations correspond à la somme de vos déclarations ;
- ➔ versements manquants – la somme de vos cotisations est inférieure à la somme de vos déclarations.

Dans ce cas, versez dans les plus brefs délais les cotisations et majorations de retard.

- ➔ trop versé – la somme de vos cotisations est supérieure à la somme de vos déclarations.

Dans ce cas, vous pouvez déduire la différence de votre prochain versement ou nous demander sa restitution par le biais du formulaire [RZS-P](#).

Vous pouvez télécharger ce formulaire sur notre site [www.zus.pl](http://www.zus.pl) et le déposer dans une agence ZUS ou l'envoyer par poste ou par service coursier à l'adresse suivante :

I Oddział ZUS w Warszawie  
ul. Senatorska 6/8  
00-917 Warszawa



**IMPORTANT** Si votre demande est remplie et déposée au ZUS par votre mandataire ou votre cabinet comptable, faites-nous parvenir votre procuration. Vous pouvez télécharger une procuration [ZUS-PEL](#) à remplir sur [www.zus.pl](http://www.zus.pl).

## 10. COMMENT TRANSMETTRE LES FORMULAIRES

En tant qu'employeur étranger, vous pouvez nous faire parvenir les formulaires et déclarations papier ou électroniques.

- ➔ **Formulaires papier** – vous pouvez les déposer dans une agence ZUS ou les envoyer par poste ou par service coursier à l'adresse suivante :

I Oddział ZUS w Warszawie  
ul. Senatorska 6/8  
00-917 Warszawa

- ➔ **Formulaires électroniques** – vous pouvez les envoyer par :

- application e-Płatnik, disponible sur la plateforme de services électroniques ZUS,
- logiciel Płatnik,
- autre logiciel d'interface.

Si vous souhaitez utiliser un logiciel d'interface, celui-ci doit être conforme à nos exigences et certifié conformément aux dispositions en vigueur. Vous pouvez déposer vos formulaires de cette manière, si vous bénéficiez de services d'un cabinet comptable en Pologne.

## 11. COMMENT DÉSIGNER UN MANDATAIRE POUR QU'IL REMPLISSE ET DÉPOSE LES FORMULAIRES ZUS À VOTRE NOM

Si vous décidez de désigner un mandataire ou un expert-comptable qui remplira et déposera les formulaires ZUS, faites-nous parvenir votre procuration.

- ➔ Vous pouvez vous servir de notre modèle de procuration [ZUS-PEL](#), disponible sur le site [www.zus.pl](http://www.zus.pl).

## 12. BASE LÉGALE

- ➔ Articles 21 et 22 de la loi du 17 février 2005 relative à l'informatisation des activités des entités exerçant des missions publiques (Dz.U. 2017/570 tel que modifié) (<i>Ustawa o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne</i>).
- ➔ Loi du 13 octobre 1998 sur le régime de sécurité sociale (Dz.U. 2020/266, tel que modifié) (<i>Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych</i>).
- ➔ Loi du 6 mars 2018 relative au Registre Central des Informations sur l'activité économique et au Point d'information pour entrepreneurs (Dz.U. 2018/647) (<i>Ustawa o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy</i>).
- ➔ Loi du 6 mars 2018 sur les entrepreneurs (Dz.U. 2018/646, tel que modifié) (<i>Prawo przedsiębiorców</i>).
- ➔ Règlement du ministre du Travail et de la Politique sociale du 20 décembre 2018 sur les formulaires de demande d'affiliation aux assurances sociale et santé, rapports mensuels personnels et rapports mensuels personnels de rectification, déclarations du cotisant, déclarations des cotisations et demande de rectification des déclarations des cotisations, déclarations des conditions particulières ou de nature particulière, rapports d'information, déclarations d'intention de dépôt des rapports d'information et autres documents (Dz.U. 2018/2495) (<i>Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2018 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych oraz innych dokumentów</i>).

## 13. INFORMATIONS UTILES

### Adresses de nos succursales :

- ➔ [Drugi Urząd Skarbowy Warszawa-Śródmieście, ul. Jagiellońska 15, 03-719 Warszawa](#) – succursale à laquelle vous déposez votre demande d'attribution du numéro NIP.
- ➔ [I Oddział ZUS w Warszawie, ul. Senatorska 6/8, 00-917 Warszawa](#) – succursale responsable du soutien aux employeurs étrangers. Vous y envoyez vos demandes et déclarations relatives à la sécurité sociale.

### Adresses des sites Internet :

- ➔ <https://www.podatki.gov.pl/abc-podatkow/rejestracja-podatnikow/> – vous y trouverez plus d'informations sur l'attribution de votre numéro NIP.
- ➔ <https://www.zus.pl>
- ➔ [http://www.nbp.pl/home.aspx?f=/kursy/kursy\\_archiwum.html](http://www.nbp.pl/home.aspx?f=/kursy/kursy_archiwum.html) – vous y trouverez le taux de change moyen de devises.

### Liens vers les formulaires :

- ➔ NIP-7 à télécharger sur : [https://www.podatki.gov.pl/media/4123/nip-7\\_3.pdf](https://www.podatki.gov.pl/media/4123/nip-7_3.pdf)
- ➔ NIP-2 à télécharger sur : [https://www.podatki.gov.pl/media/4130/nip\\_2-12-07.pdf](https://www.podatki.gov.pl/media/4130/nip_2-12-07.pdf)
- ➔ ZUS ZFA à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zfa/76152>
- ➔ ZUS ZPA à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zpa/75976>
- ➔ ZUS ZWPA à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zwpa/76024>

- **ZUS ZUA** à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszenie-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zua/76008>
- **ZUS ZZA** à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszenie-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zza/76202>
- **ZUS ZWUA** à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszenie-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zwua/76136>
- **ZUS DRA** à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszenie-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/1/formularz-zus-dra/3641030>
- **ZUS RCA** à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszenie-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/3/formularz-zus-rca/68676>
- **ZUS RZA** à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszenie-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/3/imienny-raport-miesieczny-rza/61047>
- **ZUS RSA** à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszenie-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/3/formularz-zus-rsa/68709>
- **ZUS RPA** à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszenie-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/1/raport-zus-rpa/2217435>
- **ZUS PEL** à télécharger sur : <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/najpopularniejsze/-/publisher/details/1/pelnomocnictwo-pel/ZUS-PEL>

**Pour plus d'informations :**

- Plateforme de services électroniques : [www.zus.pl](http://www.zus.pl)
- Centre d'appels ZUS : +48 22560-16-00 pour les téléphones mobiles et fixes (coût d'appel selon votre opérateur de télécommunications)
- E-mail : [cot@zus.pl](mailto:cot@zus.pl)

## 14. LES CODES PAYS À DEUX LETTRES

<b>A</b>							
Afghanistan	AF	Côte d'Ivoire	CI	Nauru	NR	Samoa	WS
Afrique du Sud	ZA	Croatie	HR	Népal	NP	Samoa américaines	AS
Îles Åland	AX	Cuba	CU	Nicaragua	NI	Sao Tomé-et-Principe	ST
Albanie	AL	Curaçao	CW	Niger	NE	Sénégal	SN
Algérie	DZ	.....	.....	Nigeria	NG	Serbie	RS
Allemagne	DE	<b>D</b>		Niue	NU	Seychelles	SC
Andorre	AD	Danemark	DK	Île Norfolk	NF	Sierra Leone	SL
Angola	AO	Djibouti	DJ	Norvège	NO	Singapour	SG
Anguilla	AI	République dominicaine	DO	Nouvelle-Calédonie	NC	Slovaquie	SK
Antarctique	AQ	Dominique	DM	.....	.....	Slovénie	SI
Antigua-et-Barbuda	AG	.....	.....	Nouvelle-Zélande	NZ	Somalie	SO
Arabie saoudite	SA	<b>É</b>		.....	.....	Soudan	SD
Argentine	AR	Égypte	EG	<b>O</b>		Soudan du Sud	SS
Arménie	AM	Salvador	SV	Territoire britannique de l'océan Indien	IO	Sri Lanka	LK
Aruba	AW	Émirats arabes unis	AE	Oman	OM	Suède	SE
Australie	AU	Équateur (pays)	EC	Ouganda	UG	Suisse	CH
Autriche	AT	Érythrée	ER	Ouzbékistan	UZ	Suriname	SR
Azerbaïdjan	AZ	Espagne	ES	.....	.....	Svalbard et ile Jan Mayen	SJ
.....	.....	Estonie	EE	<b>P</b>		Eswatini	SZ
<b>B</b>		États-Unis	US	Pakistan	PK	Syrie	SY
Bahamas	BS	Éthiopie	ET	Palaos	PW	.....	.....
Bahreïn	BH	Malouines	FK	Palestine	PS	<b>T</b>	
Bangladesh	BD	.....	.....	Panama	PA	Tadjikistan	TJ
Barbade	BB	<b>F</b>		Papouasie-Nouvelle-Guinée	PG	Taiwan / (République de Chine (Taïwan))	TW
Biélorussie	BY	Îles Féroé	FO	Paraguay	PY	Tanzanie	TZ
Belgique	BE	Fidji	FJ	Pays-Bas	NL	Tchad	TD
Belize	BZ	Finlande	FI	Pérou	PE	Tchéquie	CZ
Bénin	BJ	France	FR	Philippines	PH	Terres australes et antarctiques françaises	TF
Bermudes	BM	.....	.....	Îles Pitcairn	PN	Thaïlande	TH
Bhoutan	BT	<b>G</b>		Pologne	PL	Timor oriental	TL
Bolivie	BO	Gabon	GA	Polynésie française	PF	Togo	TG
Pays-Bas caribéens	BQ	Gambie	GM	Porto Rico	PR	Tokelau	TK
Bosnie-Herzégovine	BA	Géorgie (pays)	GE	Portugal	PT	Tonga	TO
Botswana	BW	Géorgie du Sud-et-les Îles Sandwich du Sud	GS	.....	.....	Trinité-et-Tobago	TT
Île Bouvet	BV	.....	.....	<b>Q</b>		Tunisie	TN
Brésil	BR	Ghana	GH	Qatar	QA	Turkménistan	TM
Brunei	BN	Gibraltar	GI	.....	.....	Îles Turques-et-Caiques	TC
Bulgarie	BG	Grèce	GR	<b>R</b>		Turquie	TR
Burkina Faso	BF	Grenade (pays)	GD	La Réunion	RE	Tuvalu	TV
Burundi	BI	Malaisie	GL	Roumanie	RO	.....	.....
Îles Caïmans	KY	Malawi	MW	Royaume-Uni	GB	<b>U</b>	
.....	.....	Maldives	MV	Russie	RU	Ukraine	UA
<b>C</b>		Mali	ML	Rwanda	RW	Uruguay	UY
Cambodge	KH	Malte	MT	.....	.....	.....	.....
Cameroun	CM	Îles Mariannes du Nord	MP	<b>Q</b>		<b>V</b>	
Canada	CA	Maroc	MA	Qatar	QA	Vanuatu	VU
Cap-Vert	CV	Îles Marshall (pays)	MH	.....	.....	Venezuela	VE
République centrafricaine	CF	Martinique	MQ	<b>R</b>		Viêt Nam	VN
Chili	CL	Maurice (pays)	MU	Saint-Barthélemy	BL	.....	.....
Chine	CN	Mauritanie	MR	Saint-Christophe-et-Niévès	KN	<b>W</b>	
Île Christmas	CX	Mayotte	YT	Saint-Martin	SM	Wallis-et-Futuna	WF
Chypre (pays)	CY	Mexique	MX	Saint-Martin	MF	.....	.....
Îles Cocos	CC	États fédérés de Micronésie (pays)	FM	Saint-Pierre-et-Miquelon	PM	<b>Y</b>	
Colombie	CO	Moldavie	MD	.....	.....	Yémen	YE
Comores (pays)	KM	Monaco	MC	<b>S</b>		.....	.....
République du Congo	CG	Mongolie	MN	Saint-Barthélemy	BL	<b>Z</b>	
République démocratique du Congo	CD	Monténégro	ME	Saint-Christophe-et-Niévès	KN	Zambie	ZM
Îles Cook	CK	Montserrat	MS	Saint-Martin	MF	Zimbabwe	ZW
Corée du Sud	KR	Mozambique	MZ	Saint-Pierre-et-Miquelon	PM	.....	.....
Corée du Nord	KP	Birmanie	MM	Saint-Siège (État de la Cité du Vatican)	VA	.....	.....
Costa Rica	CR	.....	.....	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	VC	.....	.....
		Île de Man	IM	Sainte-Hélène, Ascension et Tristan da Cunha	SH	.....	.....
		Îles mineures éloignées des États-Unis	UM	Sainte-Lucie	LC	.....	.....
		Îles Vierges britanniques	VG	Salomon	SB	.....	.....
		Îles Vierges des États-Unis	VI				
		<b>I</b>					
		Inde	IN				
		Indonésie	ID				
		Iran	IR				
		Irak	IQ				
		Irlande (pays)	IE				
		Islande	IS				
		Israël	IL				
		Italie	IT				
		.....	.....				
		<b>J</b>					
		Jamaïque	JM				
		Japon	JP				
		Jersey	JE				
		Jordanie	JO				
		.....	.....				
		<b>K</b>					
		Kazakhstan	KZ				
		Kenya	KE				
		Kirghizistan	KG				
		Kiribati	KI				
		Koweït	KW				
		.....	.....				
		<b>L</b>					
		Laos	LA				
		Lesotho	LS				
		Lettonie	LV				
		Liban	LB				
		Liberia	LR				
		Libye	LY				
		Liechtenstein	LI				
		Lituanie	LT				
		Luxembourg (pays)	LU				
		.....	.....				
		<b>M</b>					
		Macao	MO				
		Macédoine du Nord	MK				
		Madagascar	MG				
		Malaisie	MY				
		Malawi	MW				
		Maldives	MV				
		Mali	ML				
		Malte	MT				
		Îles Mariannes du Nord	MP				
		Maroc	MA				
		Îles Marshall (pays)	MH				
		Martinique	MQ				
		Maurice (pays)	MU				
		Mauritanie	MR				
		Mayotte	YT				
		Mexique	MX				
		États fédérés de Micronésie (pays)	FM				
		Moldavie	MD				
		Monaco	MC				
		Mongolie	MN				
		Monténégro	ME				
		Montserrat	MS				
		Mozambique	MZ				
		Birmanie	MM				
		.....	.....				
		<b>N</b>					
		Namibie	NA				