

Leitfaden für ausländische Arbeitgeber ohne Sitz oder Vertretung in Polen



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Leitfaden für ausländische Arbeitgeber ohne Sitz oder Vertretung in Polen

WWW.ZUS.PL



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



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

TEIL 1

1.	Einleitung	5
2.	Wo können Sie Ihre Angelegenheiten erledigen?	5
3.	Was tun, wenn man keine NIP hat	5
4.	Was tun, wenn man eine NIP hat	6
	Individuelles Konto für Beitragsüberweisungen (NRS)	6
5.	Wie kann man sich als Beitragszahler für das polnische Versicherungssystem anmelden?	6
5.1.	Wie soll man das ZUS ZFA-Formular (für natürliche Personen) ausfüllen - Anmeldung des Beitragszahlers	6
	Teil I. ORGANISATIONSDATEN	7
	Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	7
	Teil III. BUCHUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	8
	Teil IV. GRUNDLAGE ZUR FÜHRUNG DER NICHTLANDWIRTSCHAFTLICHEN TÄTIGKEIT	8
	Teil V. BANKKONTODATEN DES BEITRAGSZAHLERS	8
	Teil VI. SITZADRESSE DES BEITRAGSZAHLERS	8
	Teil VII. WOHNADRESSE DES BEITRAGSZAHLERS	9
	Teil VIII. POSTANSCHRIFT DES BEITRAGSZAHLERS	9
	Teil IX. ANGABEN ZUM STEUERBERATUNGSBÜRO	10
	Teil X. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	10
5.2.	Wie soll man das Formular ZUS ZPA (für natürliche Personen) ausfüllen - Anmeldung des Beitragszahlers	10
	Teil I. ORGANISATIONSDATEN	11
	Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	11
	Teil III. BUCHUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	12
	Teil IV. ANGABEN ZUM BANKKONTO DES BEITRAGSZAHLERS	12
	Teil V. SITZADRESSE DES BEITRAGSZAHLERS	12
	Teil VI. POSTANSCHRIFT DES BEITRAGSZAHLERS	13
	Teil VII. ANGABEN ZUM STEUERBERATUNGSBÜRO	13
	Teil VIII. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	14
6.	Wie kann sich ein Beitragszahler abmelden?	14
6.1.	Wie soll man das Formular ZUS ZWPA ausfüllen - Abmeldung des Beitragszahlers	14
	Teil I. ORGANISATIONSDATEN	15
	Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	15
	Teil III. ABMELDUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	15
	Teil IV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	16
7.	Wie meldet man einen Arbeit-/Auftragnehmer zur Versicherung an?	16
7.1.	Wie meldet man einen Arbeitnehmer zur Versicherung an?	17
	Teil I. ORGANISATIONSDATEN	17
	Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	17
	Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	18
	Teil IV. BUCHUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	18
	Teil V. VERSICHERUNGSANSPRUCH	19
	Teil VI. ANGABEN ZUR SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHT	19
	Teil VII. ANGABEN ZU KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT	20
	Teil VIII. ANGABEN ZU FREIWILLIGEN SOZIALVERSICHERUNGEN	20
	Teil IX. ANGABEN ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG	20
	Teil X. ANDERE DATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	21
	Teil XI. GEWÖHNLICHER AUFENTHALTSORT	21
	Teil XII. WOHNADRESSE	21
	Teil XIII. KORRESPONDENZADRESSE	22
	Teil XIV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	22
7.2.	Wie meldet man zur Versicherung einen Auftragnehmer an, für den der Vertrag mit Ihnen der einzige Versicherungsanspruch ist?	23
	Teil I. ORGANISATIONSDATEN	23
	Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	23

Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	24
Teil IV. BUCHUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	25
Teil V. VERSICHERUNGSANSPRUCH	25
Teil VI. ANGABEN ZUR SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHT	25
Teil VII. ANGABEN ZU KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT	26
Teil VIII. ANGABEN ZU FREIWILLIGEN SOZIALVERSICHERUNGEN	26
Teil IX. ANGABEN ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG	27
Teil X. ANDERE DATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	27
Teil XI. GEWÖHNLICHER AUFENTHALTSORT	27
Teil XII. WOHNADRESSE	27
Teil XIII. KORRESPONDENZADRESSE	28
Teil XIV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZAHLERS	28
7.3. Wie meldet man zur Versicherung einen Auftragnehmer an, der einen anderen Versicherungsanspruch hat?	29
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	29
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGZAHLERS	30
Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	30
Teil IV. BUCHUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	31
Teil V. VERSICHERUNGSANSPRUCH	31
Teil VI. ANGABEN ZU KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT	32
Teil VII. ANGABEN ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG	32
Teil VIII. GEWÖHNLICHER AUFENTHALTSORT	33
Teil IX. WOHNADRESSE	33
Teil X. KORRESPONDENZADRESSE	33
Teil XI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZAHLERS	34

TEIL 2

8. Wie meldet man einen Arbeit-/Auftragnehmer von den Versicherungen ab?	35
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	35
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGZAHLERS	35
Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU ABMELDENDEN PERSON	36
Teil IV. ABMELDUNG VON DEN VERSICHERUNGEN	36
Teil V. AUFLÖSUNG/AUSLAUF DES ARBEITS-/DIENSTVERHÄLTNISSES	36
Teil VI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZAHLERS	37
Teil VII. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ABGEMELDETEN PERSON	37
9. Wie berechnet man die Beiträge für Versicherte?	38
9.1. Wie sollen die fälligen Beiträge berechnet werden?	38
9.1.1. Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Sozialversicherungsbeitrags	38
9.1.2. Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags	39
9.1.3. Höhe des Beitrags für Arbeits- und Solidaritätsfonds	39
9.1.4. Höhe des Beitrags zum Fonds für Überbrückungsrente	40
9.2. Welche Abrechnungsunterlagen müssen Sie ausfüllen?	40
9.2.1. Wie soll man das ZUS DRA-Formular ausfüllen?	41
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	41
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGZAHLERS	41
Teil III. SONSTIGE ANGABEN	42
Teil IV. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZU SOZIALVERSICHERUNGEN UND FINANZIERUNGSQUELLEN	42
Teil V. ZUSAMMENSTELLUNG DER AUSGEZAHLTEN LEISTUNGEN ABGEGOLTEN ZULASTEN DER BEITRÄGE FÜR SOZIALVERSICHERUNG	43
Teil VI. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUR KRANKENVERSICHERUNG	44
Teil VII. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUM ARBEITS- UND SOLIDARITÄTSFONDS	44
Teil VIII. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUM FONDS FÜR ÜBERBRÜCKUNGSRENTE	44
Teil IX. ZUSAMMENSTELLUNG DER ZU ERSTATTENDEN/BEZAHLENDEN BEITRÄGE	45
Teil X. EINNAHMENERKLÄRUNG	45
Teil XI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZAHLERS	45
9.2.2. Wie soll man das persönliche ZUS RCA-Formular ausfüllen?	45
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	46
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGZAHLERS	46
Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	46

Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON	46
Teil III B. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUR SOZIALVERSICHERUNG	47
Teil III C. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUR KRANKENVERSICHERUNG	48
Teil III D. ZUSAMMENSTELLUNG DER AUSGEZAHLTEN FINANZIERTEN AUS DEM STAATSHAUSHALT LEISTUNGEN	48
Teil IV. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	48
Teil V. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	49
9.2.3. Wie soll man das persönliche ZUS RPA-Formular ausfüllen?	49
Teil I. ORGANISATIONS DATEN	50
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	50
Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	50
Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON	50
Teil III B. BETRAG DER AUSGEZAHLTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT, DER FÄLLIG FÜR EIN ANDERES KALENDERJAHR WAR, ABER GALT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE RENTENVERSICHERUNGEN	51
Teil III C. BETRAG DER AUSGEZAHLTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT, DER FÄLLIG FÜR EIN ANDERES KALENDERJAHR WAR, ABER GALT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG	51
Teil III D. BETRAG DER AUSGEZAHLTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT NEBEN DEM ENTGELT FÜR DIE ZEIT DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT, KRANKEN-, MUTTERSCHAFTS-, PFLEGE- UND REHABILITATIONSGELD, DER ZUR ZEIT DES ERHALTS DER VERGÜTUNG ODER ENTGELT NICHT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE RENTENVERSICHERUNGEN GALT	52
Teil III E. BETRAG DER AUSGEZAHLTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT NEBEN DEM ENTGELT FÜR DIE ZEIT DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT, KRANKEN-, MUTTERSCHAFTS-, PFLEGE- UND REHABILITATIONSGELD, DER ZUR ZEIT DES ERHALTS DER VERGÜTUNG ODER ENTGELT NICHT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE RENTENVERSICHERUNGEN GALT UND DER FÜR EIN ANDERES KALENDERJAHR FÄLLIG IST	52
Teil III F. ZEITEN DER LEHRTÄTIGKEIT	52
Teil IV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	53
9.2.4. Wie soll man das persönliche ZUS RZA-Formular ausfüllen?	53
Teil I. ORGANISATIONS DATEN	53
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	53
Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	54
Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON	54
Teil III B. FÄLLIGER BEITRAG ZUR KRANKENVERSICHERUNG	54
Teil IV. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	55
Teil VIII. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	55
9.2.5. Wie soll man das persönliche ZUS RSA-Formular ausfüllen?	55
Teil I. ORGANISATIONS DATEN	55
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	56
Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	56
Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON	56
Teil III B. GRÜNDE FÜR BEITRAGSLÜCKEN, BEITRAGSLOSE ZEITEN UND ZUSAMMENSTELLUNG DER AUSGEZAHLTEN LEISTUNGEN/ENTGELTFORTZAHLUNG IM KRANKHEITSFALL	57
Teil IV. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	57
Teil XI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	57
9.3. Einreichfristen für Abrechnungsunterlagen und Fälligkeit der Beiträge	58
9.4. Zahlung der Beiträge	58
9.5. Wie berechnet man die Verzugszinsen bei der Einzahlung?	58
9.6. Wie überprüft man den Kontostand bei ZUS?	59
10. Wie sollen die Versicherungsunterlagen übermittelt werden?	59
11. Wie bestellen Sie einen Bevollmächtigten, damit er in Ihren Namen die Unterlagen ausfüllen und an ZUS übermitteln darf?	60
12. Rechtsgrundlage:	60
13. Nützliche Informationen	60
14. Zweistellige Ländercodes	62

1. EINLEITUNG

Wir haben diesen Leitfaden für ausländische Arbeitgeber ohne Sitz oder Vertretung in Polen bearbeitet, die aber eine den polnischen Rechtsvorschriften in Bezug auf Sozialversicherung unterliegende Person beschäftigen. Im Leitfaden wird es erklärt, wie die Pflichten des ausländischen Arbeitgebers, der als Beitragszahler gilt, zu erfüllen. Es wird detailliert besprochen, wie man:

- sich als Beitragszahler für das polnische Versicherungssystem anmelden kann,
- die Arbeitnehmer und Auftragnehmer bei der Versicherung anmelden kann,
- die Beiträge für seine Arbeitnehmer abrechnen und bezahlen kann.

Der Beitragszahler ist u. a. der Unternehmer, der die Sozialversicherungsbeiträge bezahlt für von ihm beschäftigten:

- **Arbeitnehmer**, d. h. Personen, die im Rahmen eines Arbeitsvertrags beschäftigt werden;
- **Auftragnehmer**, d. h. Personen, die im Rahmen eines Auftrags-, Handelsvertreter- oder Dienstleistungsvertrags beschäftigt werden.

2. WO KÖNNEN SIE IHRE ANGELEGENHEITEN ERLEDIGEN?

Sozialversicherungsanstalt (ZUS) Erste Zweigstelle in Warschau, Senatorska 6/8, 00-917 Warszawa ist die Einrichtung, die sich mit Angelegenheiten von ausländischen Wirtschaftsakteuren in Bezug auf Sozialversicherung auseinandersetzt. Schicken Sie Ihre Anmeldungs- und Abrechnungsunterlagen dorthin.

Wenn Sie eine Person beschäftigen:

- die für Sie außer Polen arbeitet und die A1-Bescheinigung erhalten hat, d. h. wurde als den polnischen Sozialversicherungsvorschriften unterliegende Person bestimmt,
- die für Sie im polnischen Gebiet arbeitet, müssen Sie sich als Beitragszahler für das polnische Versicherungssystem anmelden.



WICHTIG

Kontakten mit ZUS gilt die vom Finanzamt vergebene Steuer-Identifikationsnummer (NIP) als Ihre Identifikationsnummer.

3. WAS TUN, WENN MAN KEINE NIP HAT

Wenn Sie noch über keine NIP verfügen, wenden Sie sich wegen ihrer an den Leiter **des Zweiten Finanzamts Warschau-Śródmieście, Filtrowa 15, 03-719 Warszawa**.

Schicken Sie die folgenden Unterlagen:

- **Im Fall von einer natürlichen Person, die eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübt:**
 - ausgefülltes [NIP-7](#)-Formular,
 - Nachweis über die angemeldete Tätigkeit im Sitzland
 - Begleitschreiben mit dem angegebenen Ziel der NIP-Zuteilung,
 - Vollmacht mit Stempelsteuer, wenn das NIP-Vergabe-Formular von Ihrem Bevollmächtigten unterschrieben wird.
- **Im Fall von einer Gesellschaft:**
 - ausgefülltes [NIP-2](#)-Formular,
 - Handelsregisterauszug oder anderes, die Eintragung der Gesellschaft bestätigendes Dokument
 - ein Begleitschreiben mit dem angegebenen Ziel der NIP-Zuteilung,
 - eine Vollmacht mit Stempelsteuer, wenn das NIP-Zuteilung-Formular von Ihrem Bevollmächtigten anstatt einer Person aus dem Register unterschrieben wird.



WICHTIG Alle Unterlagen müssen von einem vereidigten Übersetzer ins Polnische übersetzt werden. Die Übersetzung muss im Original vorliegen.

Füllen Sie das entsprechende NIP-7 bzw. NIP-2-Formular gemäß den auf dem Formblatt enthaltenen Anweisungen aus. Das ausgefüllte und unterschriebene Formular reichen Sie ein oder schicken Sie per Post direkt an den Leiter des Zweiten Finanzamts Warschau-Śródmieście.

Mehr Informationen darüber, wie man eine NIP-Nummer erhält, finden Sie unter: <https://www.podatki.gov.pl/abc-podatkow/rejestracja-podatnikow/>.

4. WAS TUN, WENN MAN EINE NIP HAT

Wenn Sie die NIP-Nummer haben, reichen Sie an die Erste Zweigstelle des ZUS in Warschau als Beitragszahler eines der folgenden Formulare ein:

- [ZUS ZFA](#) - wenn Sie eine natürliche Person sind, die eine selbstständige Tätigkeit ausüben,
- [ZUS ZPA](#) - wenn Sie eine juristische Person oder Organisationseinheit ohne eigene Rechtspersönlichkeit sind.

Übermitteln Sie die Unterlagen innerhalb von 7 Tagen nach der Einstellung des ersten Arbeitnehmers, der den polnischen Rechtsvorschriften unterliegt.



WICHTIG Zum Anmeldeformular ZUS ZFA oder ZUS ZPA fügen Sie eine Kopie der Entscheidung über die NIP-Zuteilung hinzu.

Individuelles Konto für Beitragsüberweisungen (NRS)

Wenn Sie sich als Beitragszahler des polnischen Sozialversicherungssystems anmelden, werden wir Ihnen per Post einen Brief mit Ihrer Kontonummer (NRS) für Beitragsüberweisungen zukommen lassen.

5. WIE KANN MAN SICH ALS BEITRAGSZAHLER FÜR DAS POLNISCHE VERSICHERUNGSSYSTEM ANMELDEN?

Wenn Sie eine natürliche Person sind, füllen Sie das ZUS ZFA-Formular aus. Wenn Sie eine juristische Person oder Organisationseinheit ohne eigene Rechtspersönlichkeit sind, füllen Sie das ZUS ZPA-Formular aus.

5.1. WIE SOLL MAN DAS ZUS ZFA-FORMULAR (FÜR NATÜRLICHE PERSONEN) AUSFÜLLEN - ANMELDUNG DES BEITRAGSZAHLERS

Nachfolgend beschreiben wir, wie das [ZUS ZFA](#)-Formular - Anmeldung/Änderung von Daten des Beitragszahlers - einer natürlichen Person auszufüllen.

Alle Unterlagen sollen in den von www.zus.pl heruntergeladenen Formulare ausgefüllt werden. Sie können am Computer oder handschriftlich ausgefüllt werden. Schreiben Sie in Druckbuchstaben und tragen Sie jedes Zeichen in ein separates Kästchen ein. Verwenden Sie einen Stift mit schwarzer oder blauer Tinte. Verwenden Sie keine Sonderzeichen („“, &, =, / usw.) und diakritische Zeichen (z. B. Ũ, Ö).

Teil I. ORGANISATIONSDATEN

In diesem Teil füllen Sie nur eines der Felder aus:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie „X“ ein, wenn Sie sich als Beitragszahler anmelden.
- ➔ **Feld 02** wird ausgefüllt, wenn eine ZUS ZFA-Eintragung bereits besteht und die angegebenen Daten geändert oder korrigiert werden müssen. Dann tragen Sie ein:
 - 1 – um die Daten des Beitragszahlers zu ändern, wenn sie anders als in der vorherigen Anmeldung sind, z. B. Ihre Adresse hat sich geändert,
 - 2 – um die Daten des Beitragszahlers zu korrigieren, wenn Sie die Fehler in der vorherigen Anmeldung berichtigen, z. B. wenn Sie eine falsche Straße in der Adresse angegeben haben.



WICHTIG

Wenn Sie die Daten ändern oder korrigieren möchten, nachdem Sie an unseres Finanzamt bereits eine Steuererklärung übermittelt haben, füllen Sie das [ZUS ZIPA](#)-Formular aus.

- ➔ Füllen Sie **die Felder 03 und 04** nicht aus.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZFA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE				
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych ¹⁾)		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”		

Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS

Dieser Teil ist sehr wichtig. Auf der Grundlage Ihrer Anmeldung werden wir für Sie ein Konto für Beitragsüberweisungen einrichten. Wir werden da die Beiträge zu den jeweiligen Versicherungen von allen Ihren Versicherten (Arbeitnehmer) abrechnen. Die Identifizierungsdaten, die Sie jetzt bei der Anmeldung des Beitragszahlers angeben werden, geben Sie nachher in allen Versicherungsunterlagen an. So können wir die Beiträge richtig auf Ihrem Zahlerkonto bei ZUS abrechnen.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP (Steuer-Identifikationsnummer) ein, die vom Zweiten Finanzamt in Warschau zugeteilt wurde und zur Mehrwertsteuerabrechnung dient. Lassen Sie das PL-Symbol weg und trennen Sie die Nummer mit den Strichen nicht.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 02 und 03** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie 2 ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Serie und Nummer des Reisepasses oder eines anderen Ausweises ein. Tragen Sie max. 9 ersten Buchstaben und Ziffern ohne Leer- und Satzzeichen ein.
- ➔ **Im Feld 06** – schreiben Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen sie den Nachnamen des Beitragszahlers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie den Vornamen des Beitragszahlers ein.
- ➔ **Im Feld 09** – schreiben Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Beitragszahlers (Tag/Monat/Jahr) z. B. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	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 ²⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
		05. Seria i numer dokumentu
	06. Nazwa skrócona	2 A N 0 0 0 0 0 0 0
	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	

- ➔ **Im Feld 08** – schreiben Sie den zweistelligen Ländercode und die ausländische Postleitzahl.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen sie die E-Mail-Adresse ein.

VI. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

- M U E N C H E N

03. Gmina / Dzielnica

N I E M C Y

04. Ulica

S T E P H A N S P L A T Z

05. Numer domu 06. Numer lokalu

1 7 / 1 9

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

 D E - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

09. Adres poczty elektronicznej

10. Czy adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby płatnika składek?
Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA

Teil VII. WOHNADRESSE DES BEITRAGSZAHLERS

Füllen Sie diesen Teil aus, wenn Ihre Wohnadresse als Beitragszahler anders als Ihre im Teil VI angegebene Sitzadresse („Sitzadresse des Beitragszahlers“) ist.

- ➔ **Felder 01–08** – füllen Sie gemäß den im Teil VI angegebenen Regeln.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH ZUS ZFA strona: 2 ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ

VII. ADRES ZAMIESZKANIA PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

-

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

 -

Teil VIII. POSTANSCHRIFT DES BEITRAGSZAHLERS

Füllen Sie diesen Teil aus, wenn Sie Mitteilungen von uns an eine andere Anschrift als die im Teil VI als Sitzadresse des Beitragszahlers genannte erhalten möchten.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Postleitzahl ein, wenn Sie eine Anschrift in Polen angeben.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen sie den Ort ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen sie den Straßennamen ein.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie die Hausnummer ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Wohnungsnummer ein. Wenn die Adresse keinen Wohnungsnummer hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 06** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie die Postfachnummer ein.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie die Telefonnummer mit davorstehender Vorwahl z. B. 49 89 23225420 ein. Es wird uns den Kontakt bei Ihren Angelegenheiten erleichtern. Wenn Sie als Beitragszahler kein Telefon haben, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen Sie den zweistelligen Ländercode und die ausländische Postleitzahl ein.
- ➔ **Im Feld 10** – tragen sie die E-Mail-Adresse ein.

VIII. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu 06. Numer telefonu do teletransmisji

07. Skrytka pocztowa 08. Numer telefonu 09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

10. Adres poczty elektronicznej

Teil IX. ANGABEN ZUM STEUERBERATUNGSBÜRO

Füllen Sie diesen Teil aus, wenn Ihre Finanzbuchhaltung durch das polnische Steuerberatungsbüro geführt wird.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP des Steuerberatungsbüros ein ohne einzelne Teile mit dem Strich zu trennen.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie die REGON (eine durch das Statistische Hauptamt erteilte und im amtlichen Landesregister der Volkswirtschaftssubjekte gespeicherte Nummer) des Steuerberatungsbüros ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie den abgekürzten Namen des Steuerberatungsbüros ein.

IX. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM (wpisać, jeśli dokumentację finansowo-księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

03. Nazwa skrócona

B I U R O R A C H U N K O W E A S P E K T

Teil X. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZÄHLERS

In diesem Teil:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) z. B. 05 01 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – unterschreiben Sie als Beitragszahler oder lassen Sie Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben um die Angaben zu bestätigen.
- ➔ **Im Feld 03** – drücken Sie den Stempel des Beitragszahlers auf (wenn vorhanden).

X. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

0 5 0 1 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. Pieczętka płatnika (jeśli posiada)

Anneliese Kramer

5.2. WIE SOLL MAN DAS FORMULAR ZUS ZPA (FÜR NATÜRLICHE PERSONEN) AUSFÜLLEN - ANMELDUNG DES BEITRAGSZÄHLERS

Nachfolgend beschreiben wir, wie das [ZUS ZPA](#)-Formular - Anmeldung/Änderung von Daten des Beitragszahlers - einer natürlichen Person oder einer Organisationseinheit ohne eigene Rechtspersönlichkeit auszufüllen.

Alle Unterlagen sollen in den von www.zus.pl heruntergeladenen Formulare ausgefüllt werden. Sie können am Computer oder handschriftlich ausgefüllt werden. Schreiben Sie in Druckbuchstaben und tragen Sie jedes Zeichen in ein separates Kästchen ein. Verwenden Sie einen Stift mit schwarzer oder blauer Tinte. Verwenden Sie keine Sonderzeichen („“, &, =, / usw.) und diakritische Zeichen (z. B. Ů, Ö).

Teil I. ORGANISATIONS DATEN

In diesem Teil füllen Sie nur eines der Felder aus:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie „X“ ein.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 02** aus, wenn eine ZUS ZPA-Eintragung bereits besteht und die angegebenen Daten geändert oder korrigiert werden müssen. Tragen Sie ein:
 - 1 – um die Daten des Beitragszahlers zu ändern, wenn sie anders als in der vorherigen Anmeldung sind (z. B. die Adresse hat sich geändert),
 - 2 – um die Daten des Beitragszahlers zu korrigieren, wenn Sie die Fehler in der vorherigen Anmeldung berichtigen (z. B. wenn Sie eine falsche Straße in der Adresse angegeben haben).



WICHTIG

Wenn Sie Ihre Identifizierungsdaten als Beitragszahler (Daten aus dem Teil II von ZUS ZPA) ändern oder korrigieren möchten, nachdem Sie an unseres Finanzamt bereits eine Steuererklärung übermittelt haben, füllen Sie das [ZUS ZIPA](#)-Formular aus.

- ➔ Füllen Sie die **Felder 03 und 04** nicht aus.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS ZPA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE			
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać X) 03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾ 04. Nalepka „R”	

Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS

Dieser Teil ist sehr wichtig. Auf der Grundlage Ihrer Anmeldung werden wir für Sie ein Konto für Beitragsüberweisungen einrichten. Wir werden da die Beiträge zu den jeweiligen Versicherungen von allen Ihren Versicherten (Arbeitnehmer) speichern und abrechnen. Die Identifizierungsdaten, die Sie jetzt bei der Anmeldung des Beitragszahlers angeben werden, geben Sie in allen Versicherungsunterlagen an. So können wir die Beiträge richtig auf Ihrem Zahlerkonto bei ZUS abrechnen.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP ein, die vom Zweiten Finanzamt in Warschau zugeteilt wurde und die Sie zur Mehrwertsteuerabrechnung verwenden. Lassen Sie das PL-Symbol weg und trennen Sie die Nummer mit den Strichen nicht.
- ➔ Füllen Sie das **Feld 02** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers ein. Wenn Sie keinen solchen Namen haben, müssen Sie ihn erstellen und in allen an uns geschickten relevanten Unterlagen angeben.



WICHTIG

Der abgekürzte Name sollte aus **maximal 31 Zeichen** bestehen und keine andere Zeichen als Buchstaben und Ziffern enthalten. Z. B. aus dem vollen Namen „Vinothek Mit Genuss Weinhandel GmbH“ kann man den abgekürzten Namen „VMG Weinhandel“ erstellen.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
	01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	02. Numer REGON _____
	03. Nazwa skrócona V M G W E I N H A N D E L _____	

Teil III. BUCHUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS

- ➔ Im Feld 01 – tragen Sie den vollen Namen des Beitragszahlers ein.
- ➔ Füllen Sie die Felder 02–08 nicht aus.
- ➔ Im Feld 09 – tragen Sie das Anfangsdatum (Tag/Monat/Jahr) der Beitragszahlung für die Sozialversicherung ein, z. B. 03 06 2013 – das Einstellungsdatum des ersten Arbeitnehmers, der den polnischen Vorschriften unterliegt.

III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK																									
01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktem prawnym konstytuującym podmiot)																									
V	I	N	O	T	H	E	K	M	I	T	G	E	N	U	S	W	E	I	N	H	A	N	D	E	L
G	M	B	H																						
02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.					03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.																				
04. Nazwa organu założycielskiego																									
05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać X.					06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrrr)					07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji															
08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego																									
09. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)																									
0	1	0	1	2	0	1	9																		

Teil IV. ANGABEN ZUM BANKKONTO DES BEITRAGSZAHLERS

Dieser Teil ist nicht obligatorisch, Sie können es zusätzlich ausfüllen.

- ➔ Im Feld 01 – tragen Sie die Bankkontonummer des Beitragszahlers ein.
- ➔ Im Feld 02 – tragen Sie „X“ ein, wenn Sie als Beitragszahler andere als die im Feld 01 angegebenen Bankkonten haben. Sie können zusätzlich das ZUS ZBA-Formular ausfüllen.

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK																									
01. Numer rachunku																									
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.																									

Teil V. SITZADRESSE DES BEITRAGSZAHLERS

In diesem Teil tragen Sie die Sitzadresse Ihres Unternehmens als Beitragszahlers ein.

- ➔ Füllen Sie das Feld 01 nicht aus.
- ➔ Im Feld 02 – tragen sie den Sitzort des Beitragszahlers ein.
- ➔ Im Feld 03 – schreiben Sie den polnischen Namen des Herkunftslands des Beitragszahlers.
- ➔ Im Feld 04 – tragen sie den Straßennamen ein. Wenn die Adresse keinen Straßennamen hat, das Feld nicht ausfüllen.
- ➔ Im Feld 05 – tragen Sie die Hausnummer ein. Wenn die Hausnummer eine Doppelnummer ist, trennen Sie sie mit einem Schrägstrich, z. B. 17/19. Wenn in der Hausnummer ein Buchstabe vorkommt, geben Sie einen großen Druckbuchstaben ohne Leerzeichen ein, z. B. 17B.
- ➔ Im Feld 06 – tragen Sie die Wohnungsnummer ein. Wenn die Adresse keinen Wohnungsnummer hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ Im Feld 07 – tragen Sie die Telefonnummer mit davorstehender Vorwahl ein, z. B. 49 89 23225420. Es wird uns den Kontakt bei Ihren Angelegenheiten erleichtern. Wenn Sie als Beitragszahler kein Telefon haben, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ Im Feld 08 – schreiben Sie den zweistelligen Ländercode und die ausländische Postleitzahl.
- ➔ Im Feld 09 – tragen sie die E-Mail-Adresse ein.

V. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy: -

02. Miejscowość: M U E N C H E N

03. Gmina / Dzielnica: N I E M C Y

04. Ulica: S T E P H A N S P L A T Z

05. Numer domu: 1 7

06. Numer lokalu:

07. Numer telefonu:

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski): D E - 1 1 1 1 1 1 1 1 1

09. Adres poczty elektronicznej:

10. Czy adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby płatnika składek?
Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA:

Teil VI. POSTANSCHRIFT DES BEITRAGSZAHLERS

Füllen Sie diesen Teil aus, wenn Sie Mitteilungen von uns an eine andere Anschrift als die im Teil V als Sitzadresse des Beitragszahlers genannte erhalten möchten.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Postleitzahl ein, wenn Sie eine Anschrift in Polen angeben.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen sie den Ort ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen sie den Straßennamen ein.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie die Hausnummer ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Wohnungsnummer ein. Wenn die Adresse keinen Wohnungsnummer hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 06** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie die Postfachnummer ein (wenn Sie es verwenden).
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie die Telefonnummer mit davorstehender Vorwahl ein, z. B. 49 89 23225420. Es wird uns den Kontakt bei Ihren Angelegenheiten erleichtern. Wenn Sie als Beitragszahler kein Telefon haben, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 09** – schreiben Sie den zweistelligen Ländercode und die ausländische Postleitzahl.
- ➔ **Im Feld 10** – tragen sie die E-Mail-Adresse ein.

VI. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy: 0 2 - 9 5 2

02. Miejscowość: W A R S Z A W A

03. Ulica: W I E R T N I C Z A

04. Numer domu: 8

05. Numer lokalu:

06. Numer telefonu do teletransmisji:

07. Skrytka pocztowa:

08. Numer telefonu:

09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski):

10. Adres poczty elektronicznej: V M G . W E I N H A N D E L @ W P . P L

Teil VII. ANGABEN ZUM STEUERBERATUNGSBÜRO

Füllen Sie diesen Teil aus, wenn Ihre Finanzbuchhaltung durch das polnische Steuerberatungsbüro geführt wird.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP des Steuerberatungsbüros ein ohne einzelne Teile mit dem Strich zu trennen.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie die REGON (eine durch das Statistische Hauptamt erteilte und im amtlichen Landesregister der Volkswirtschaftssubjekte gespeicherte Nummer) des Steuerberatungsbüros ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie den abgekürzten Namen des Steuerberatungsbüros ein.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZPA	strona: 2	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ
-----------------------------------	-----	-----	-----------	--

VII. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM (wpisać, jeśli dokumentację finansowo-księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

03. Nazwa skrócona

Teil VIII. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZÄHLERS

In diesem Teil:

- **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 05 01 2019.
- **Im Feld 02** – unterschreiben Sie das Formular oder lassen Sie es Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben.
- **Im Feld 03** – drücken Sie den Stempel des Beitragszahlers auf (wenn vorhanden).

VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

0	5	0	1	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.

<p>02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;"><i>Peter Kramer</i></p>	<p>03. Pieczęćka płatnika</p>
--	-------------------------------

6. WIE KANN SICH EIN BEITRAGSZÄHLER ABMELDEN?

Wenn Sie nicht mehr Arbeitnehmer beschäftigen, die den polnischen Rechtsvorschriften unterliegen, besteht keine Pflicht mehr die Beiträge für das polnische Sozialversicherungssystem zu bezahlen. Reichen Sie Ihre Abmeldung als Beitragszahler auf dem Formular [ZUS ZWPA](#) (Abmeldung des Beitragszahlers) ein.

Reichen Sie dieses Formular innerhalb von 7 Tagen nach Abmeldung des letzten Arbeitnehmers von der Sozialversicherung ein.

6.1. WIE SOLL MAN DAS FORMULAR ZUS ZWPA AUSFÜLLEN - ABMELDUNG DES BEITRAGSZÄHLERS

Nachfolgend beschreiben wir, wie das ZUS ZWPA-Formular - Abmeldung des Beitragszahlers auszufüllen.

Alle Unterlagen sollen in den von www.zus.pl heruntergeladenen Formulare ausgefüllt werden. Sie können am Computer oder handschriftlich ausgefüllt werden. Schreiben Sie in Druckbuchstaben und tragen Sie jedes Zeichen in ein separates Kästchen ein. Verwenden Sie einen Stift mit schwarzer oder blauer Tinte. Verwenden Sie keine Sonderzeichen („“, &, =, / usw.) und diakritische Zeichen (z. B. Ũ, Ö).

Teil I. ORGANISATIONSDATEN

In diesem Teil füllen Sie nur das Feld 01 oder 02 aus.

- ➔ Wenn Sie sich als Beitragszahler abmelden wollen, tragen Sie **im Feld 01** „X“ ein.
- ➔ Wenn Sie die vorher im ZUS ZWPA angegebenen Daten ändern oder korrigieren wollen, tragen Sie **im Feld 02** „X“ ein.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 03 und 04** nicht aus.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWPA	WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK
I. DANE ORGANIZACYJNE		
<input checked="" type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK Jeśli TAK, wpisać X.		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH WYREJESTROWANIA PŁATNIKA SKŁADEK Jeśli TAK, wpisać X.
03. Data nadania (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	04. Nalepka „R” <input type="text"/>	

Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Beitragszahlers im Formular ZUS ZPA oder ZUS ZFA angegeben haben.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie Ihre NIP (Steuer-Identifikationsnummer) ein.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 02 und 03** nicht aus.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 04** aus, wenn Sie das Formular ZUS ZFA zur Anmeldung verwendet haben. Tragen Sie **2** ein.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 05** aus, wenn Sie das Formular ZUS ZFA zur Anmeldung verwendet haben. Tragen Sie die Serie und Nummer des Reisepasses oder eines anderen Ausweises ein. Tragen Sie max. 9 ersten Buchstaben und Ziffern ohne Leer- und Satzzeichen ein.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers ein, den Sie im Formular ZUS ZFA oder ZUS ZPA angegeben haben.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 07** aus, wenn Sie das Formular ZUS ZFA zur Anmeldung verwendet haben. Tragen Sie den Nachnamen des Beitragszahlers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 08** aus, wenn Sie das Formular ZUS ZFA zur Anmeldung verwendet haben. Tragen Sie den Vornamen des Beitragszahlers ein.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 09** aus, wenn Sie das Formular ZUS ZFA zur Anmeldung verwendet haben. Schreiben Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Beitragszahlers (Tag/Monat/Jahr), z. B. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
	01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	02. Numer REGION <input type="text"/>
	03. Numer PESEL¹⁾ <input type="text"/>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input type="text" value="2"/>
	06. Nazwa skrócona <input type="text"/>	05. Seria i numer dokumentu A N 0 0 0 0 0 0 0 0
	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	

Teil III. ABMELDUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS

In diesem Teil:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den dreistelligen Code des Grundes für die Abmeldung ein:
 - 350** – Abmeldung aus der Versicherung der letzten Person, für die der Beitragszahler die Versicherungsunterlagen übermitteln musste,
 - 600** – anderer Abmeldungsgrund.

- **Im Feld 02** – tragen Sie das Datum der Abmeldung des Beitragszahlers ein (Tag/Monat/Jahr) - das Datum muss mit dem Abmeldungsdatum des letzten Arbeitnehmers übereinstimmen.



BEISPIEL 1 Sie beschäftigen einen Arbeitnehmer bis zum 15.07.2019. Das ist der letzte Tag, an dem Sie beim polnischen Versicherungssystem als Beitragszahler angemeldet sein müssen. Gleichzeitig beschäftigen Sie keine anderen Arbeitnehmer, die den polnischen Rechtsvorschriften unterliegen. In diesem Fall nennen Sie im Formular ZUS ZWPA den 16.07.2019 als das Abmeldungsdatum.

III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Kod przyczyny wyrejestrowania	02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrrr)
3 5 0	1 6 0 7 2 0 1 9

Teil IV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZAHLERS

In diesem Teil:

- **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) z. B. 16 07 2019.
- **Im Feld 02** – unterschreiben Sie das Formular als Beitragszahler oder lassen Sie Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben.
- **Im Feld 03** – drücken Sie den Stempel des Beitragszahlers auf (wenn vorhanden).

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
1 6 0 7 2 0 1 9	
<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>	
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęćka płatnika
<p><i>Anneliese Kramer</i></p>	



WICHTIG Sie gelten als Beitragszahler bei ZUS ab dem Tag der Einstellung der ersten Person, die den polnischen Rechtsvorschriften unterliegt, bis dem Tag, an dem die letzte Person, die den polnischen Rechtsvorschriften unterliegt, die Arbeit beendet.

Was tun, wenn Sie sich als Beitragszahler mithilfe vom ZUS ZWPA abmelden und nach einiger Zeit wieder eine Person beschäftigen, die den polnischen Rechtsvorschriften unterliegt? In diesem Fall melden Sie sich erneut als Beitragszahler mithilfe des Formulars ZUS ZFA oder ZUS ZPA an.

7. WIE MELDET MAN EINEN ARBEIT-/AUFTRAGNEHMER ZUR VERSICHERUNG AN?

Wenn Sie Personen beschäftigen, die den polnischen Rechtsvorschriften unterliegen, melden Sie sich zuerst als Beitragszahler bei ZUS an und dann melden Sie Ihre Beschäftigten an.

7.1. WIE MELDET MAN EINEN ARBEITNEHMER ZUR VERSICHERUNG AN?

Haben Sie eine Person, die der polnischen Sozialversicherungspflicht unterliegt, auf Grundlage des Arbeitsvertrages oder Saisonarbeitsvertrages beschäftigt? Melden Sie sie zur Versicherung mithilfe des Formulars [ZUS ZUA \(Versicherungsanmeldung/Mitteilung über Änderung von Daten des Versicherten\)](#).

Übermitteln Sie das ZUS ZUA-Formular innerhalb von 7 Tagen nach der Einstellung des Arbeitnehmers.

Nachfolgend beschreiben wir, wie das [ZUS ZUA-Formular - Versicherungsanmeldung/Mitteilung über Änderung von Daten des Versicherten](#) auszufüllen. Mehr Informationen finden Sie im Leitfaden [ZUS ZUA \(Versicherungsanmeldung/Mitteilung über Änderung von Daten des Versicherten\). Anleitung zur Ausfüllung und Korrektur](#).

Alle Unterlagen sollen in den von www.zus.pl heruntergeladenen Formulare ausgefüllt werden. Sie können am Computer oder handschriftlich ausgefüllt werden. Schreiben Sie in Druckbuchstaben und tragen Sie jedes Zeichen in ein separates Kästchen ein. Verwenden Sie einen Stift mit schwarzer oder blauer Tinte. Verwenden Sie keine Sonderzeichen („“, &, =, / usw.) und diakritische Zeichen (z. B. Ū, Ö).

Teil I. ORGANISATIONSDATEN

In diesem Teil füllen Sie nur das Feld 01 oder 02 aus.

➔ **Im Feld 01** – tragen Sie „X“ ein.

➔ Füllen Sie **das Feld 02** aus, wenn Sie die bei früherer Anmeldung angegebenen Daten ändern oder korrigieren wollen. Tragen Sie ein:

- 1 – um die Angaben des Arbeitnehmers zu ändern, wenn sie anders als in der vorherigen Anmeldung angegeben sind, z. B. die Adresse hat sich geändert,
- 2 – um die Daten des Versicherten zu korrigieren, wenn Sie die Fehler in der vorherigen Anmeldung berichtigen, z. B. wenn Sie eine falsche Postleitzahl in der Adresse angegeben haben.



WICHTIG

Wenn Sie die Identifizierungsdaten einer bereits versicherten Person ändern oder korrigieren möchten (Daten aus dem Teil III von ZUS ZUA), füllen Sie dann ein anderes Formular - [ZUS ZIUA](#) aus.

➔ Füllen Sie **die Felder 03 und 04** nicht aus.

PLATNIK WYPELNIŁA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE			
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	

Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Beitragszahlers im Formular ZUS ZPA oder ZUS ZFA angegeben haben.

➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP (Steuer-Identifikationsnummer) ein, die vom Zweiten Finanzamt in Warschau zugeteilt wurde und zur Mehrwertsteuerabrechnung dient. Lassen Sie das PL-Symbol weg und trennen Sie die Nummer mit den Strichen nicht.

➔ Füllen Sie **die Felder 02 und 03** nicht aus.

➔ **Im Feld 04** – tragen sie 2 ein.

- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Serie und Nummer des Reisepasses oder eines anderen Ausweises ein. Tragen Sie maximal 9 ersten Buchstaben und Ziffern ohne Leer- und Satzzeichen ein.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers ein.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen sie den Nachnamen des Beitragszahlers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie den Vornamen des Beitragszahlers ein.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Beitragszahlers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 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 ²⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona	2 A N 0 0 0 0 0 0 0 0
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

Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

Dieser Teil ist sehr wichtig. Auf der Grundlage Ihrer Anmeldung werden wir für Ihren Arbeitnehmer ein individuelles Konto des Versicherten bei ZUS einrichten. Die Identifizierungsdaten des Arbeitnehmers, die Sie bei der Anmeldung angeben, geben Sie nachher in allen Versicherungsunterlagen an.

Geben Sie die Personenidentifikationsnummer (PESEL) des Arbeitnehmers an (Feld 01). Wenn dem Arbeitnehmer keine PESEL-Nummer zugeteilt wurde, geben Sie die Serie und Nummer seines Ausweises oder Reisepasses an (Feld 03).

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die PESEL-Nummer des Arbeitnehmers ein.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 02** nicht aus.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 03** nur dann aus, wenn dem Arbeitnehmer keine PESEL-Nummer zugeteilt wurde.

Tragen Sie die Art des Dokuments ein:

- 1 – Personalausweis,
- 2 – Reisepass.

Wenn Sie im Feld 01 die PESEL eingetragen haben, füllen Sie das Feld 03 nicht aus.

- ➔ Füllen Sie **das Feld 04** nur dann aus, wenn Sie das Feld 02 ausgefüllt haben.
- ➔ Tragen Sie die Serie und Nummer des Ausweises oder Reisepasses ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie den Nachnamen des Arbeitnehmers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie den Vornamen des Arbeitnehmers ein.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Arbeitnehmers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 17 03 1988.

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	
01. Numer PESEL ²⁾	02.
8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1	
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	04. Seria i numer dokumentu
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

Teil IV. BUCHUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den zweiten Vornamen des Arbeitnehmers ein (wenn zutreffend).
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den Familiennamen des Arbeitnehmers ein. Der Familienname muss sowohl von Frauen als auch von Männern angegeben werden.

- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Staatsangehörigkeit des Arbeitnehmers ein.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie das Geschlecht des Arbeitnehmers ein:
K – weiblich,
M – männlich.

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEN	
01. Imię drugie	
02. Nazwisko rodowe	J A N K O W S K A
03. Obywatelstwo	P O L S K I E
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	K

Teil V. VERSICHERUNGSANSPRUCH

In diesem Teil füllen Sie die Daten bezüglich des Versicherungsanspruchcodes aus.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Versicherungsanspruchcode (6 Ziffern) ein.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA 01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾	0 1 1 0 0 0
---	-------------

- ➔ **Zeichen 1–4** – bezeichnen die Vertragsform, aus der die Beitragszahlungspflicht hervorgeht. Wenn Sie einen im Rahmen eines Arbeitsvertrages Beschäftigten anmelden, tragen Sie den Code 01 10 ein.
- ➔ **Zeichen 5** – bezeichnet festgestellten Anspruch auf Altersrente oder Erwerbsminderungsrente. Tragen Sie ein:
0 – wenn der Arbeitnehmer keinen festgestellten Rentenanspruch hat,
1 – wenn der Arbeitnehmer Sie über den festgestellten Anspruch auf Altersrente informiert hat,
2 – wenn der Arbeitnehmer Sie über den festgestellten Anspruch auf Erwerbsminderungsrente informiert hat.
- ➔ **Zeichen 6** – bezeichnet den Grad der Behinderung. Tragen Sie ein:
0 – wenn der Arbeitnehmer keine festgestellte Behinderung hat oder hat Sie darüber nicht informiert,
1 – wenn der Arbeitnehmer einen Feststellungsbescheid über leichte Behinderung hat,
2 – wenn der Arbeitnehmer einen Feststellungsbescheid über mittelgradige Behinderung hat,
3 – wenn der Arbeitnehmer einen Feststellungsbescheid über erhebliche Behinderung hat,
4 – wenn der Arbeitnehmer einen Feststellungsbescheid über Behinderung für Personen unter 16 Jahren hat.

Teil VI. ANGABEN ZUR SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHT

In diesem Teil füllen Sie die Informationen über die Sozialversicherungspflicht aus.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Datum ein, an dem die Sozialversicherungspflicht entstand, d. h. das Einstellungsdatum des Arbeitnehmers (Tag/Monat/Jahr), z. B. 01 01 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – kreuzen Sie an, wenn der Arbeitnehmer der Altersrentenversicherungspflicht unterliegt.
- ➔ **Im Feld 03** – kreuzen Sie an, wenn der Arbeitnehmer der Erwerbsminderungsversicherungspflicht unterliegt.
- ➔ **Im Feld 04** – kreuzen Sie an, wenn der Arbeitnehmer der Krankenversicherungspflicht unterliegt.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie „X“ ein, wenn der Arbeitnehmer der Unfallversicherungspflicht unterliegt.

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)	0 1 0 1 2 0 1 9	02. Emerytalnemu	<input checked="" type="checkbox"/>
		04. Chorobowemu	<input checked="" type="checkbox"/>
		03. Rentowym	<input checked="" type="checkbox"/>
		05. Wypadkowemu	<input checked="" type="checkbox"/>

Teil VII. ANGABEN ZU KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT

In diesem Teil füllen Sie die Informationen über die Pflichtkrankenversicherung des Arbeitnehmers aus.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Datum ein, an dem die Krankenversicherungspflicht entstand, d. h. das Einstellungsdatum des Arbeitnehmers (Tag/Monat/Jahr), z. B. 01 01 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den dreistelligen Code der Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds ein, die zuständig im Hinblick auf die Wohnadresse des Arbeitnehmers ist:
 - ➔ 01R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Niederschlesien in Wrocław (Breslau),
 - ➔ 02R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Kujawien-Pommern in Bydgoszcz (Bromberg),
 - ➔ 03R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Lublin in Lublin,
 - ➔ 04R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Lebuser Land in Zielona Góra (Grünberg),
 - ➔ 05R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Lodsch in Łódź (Lodsch),
 - ➔ 06R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Kleinpolen in Kraków (Krakau),
 - ➔ 07R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Masowien-Woiwodschaft in Warszawa (Warschau),
 - ➔ 08R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Oppelner Woiwodschaft in Opole (Oppeln),
 - ➔ 09R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Vorkarpaten in Rzeszów,
 - ➔ 10R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Podlachien in Białystok,
 - ➔ 11R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Pommern in Gdańsk (Danzig),
 - ➔ 12R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Schlesien in Katowice (Katowitz),
 - ➔ 13R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Heiligkreuz in Kielce,
 - ➔ 14R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Ermland-Masuren in Olsztyn (Allenstein),
 - ➔ 15R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Großpolen in Poznań (Posen),
 - ➔ 16R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Westpommern in Szczecin (Stettin).

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

0 1 0 1 2 0 1 9

02. Kod oddziału NFZ

0 7 R

Teil VIII. ANGABEN ZU FREIWILLIGEN SOZIALVERSICHERUNGEN

Füllen Sie diesen Teil nicht aus.

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)

01. Emerytalnym

02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Rentowymi

04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

05. Chorobowym

06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

Teil IX. ANGABEN ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG

Füllen Sie diesen Teil nicht aus.

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

Teil X. ANDERE DATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

Füllen Sie diesen Teil nicht aus.

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ ^{*)}			
01. Kod wykonywanego zawodu	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze	03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)	03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)

Teil XI. GEWÖHNLICHER AUFENTHALTSORT

In diesem Teil tragen Sie die Meldeadresse des Arbeitnehmers ein.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Postleitzahl ein.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den Aufenthaltsort des Arbeitnehmers ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie den Namen der Gemeinde oder Bezirk, wo der Arbeitnehmer angemeldet ist ein.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie den Straßennamen ein. Wenn die Adresse keinen Straßennamen hat, das Feld nicht ausfüllen.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Hausnummer ein. Wenn die Hausnummer eine Doppelnummer ist, trennen Sie sie mit einem Schrägstrich, z. B. 17/19. Wenn in der Hausnummer ein Buchstabe vorkommt, geben Sie einen Druckbuchstaben ohne Leerzeichen ein, z. B. 17B.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie die Wohnungsnummer ein. Wenn die Adresse keinen Wohnungsnummer hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 07** – schreiben Sie die Telefonnummer des Arbeitnehmers mit davorstehender Vorwahl z. B. 89 23225420. Es wird uns den Kontakt bei den Angelegenheiten Ihres Arbeitnehmers erleichtern. Wenn der Arbeitnehmer kein Telefon hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 08** – schreiben Sie den zweistelligen Ländercode und die ausländische Postleitzahl, wenn es keine polnische Adresse ist.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
--------------------------------	---------	-----------	--

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
0 2 - 6 4 9	W A R S Z A W A
03. Gmina / Dzielnica	
M O K O T Ó W	
04. Ulica	
M A R Z A N N Y	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
9	2
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

Teil XII. WOHNADRESSE

In diesem Teil tragen Sie die Wohnadresse des Arbeitnehmers ein, wenn es anders als die im Teil XI angegebene ist.

- ➔ **Felder 01–08** – füllen Sie gemäß den im Teil XI angegebenen Regeln.

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

Teil XIII. KORRESPONDENZADRESSE

Füllen Sie diesen Teil aus, wenn Ihr Arbeitnehmer Mitteilungen von uns an eine andere Anschrift als die im Teil XI als gewöhnlicher Aufenthaltsort genannte erhalten möchte.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Postleitzahl ein, wenn Sie eine Anschrift in Polen angeben.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen sie den Ort ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen sie den Straßennamen ein.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie die Hausnummer ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Wohnungsnummer ein. Wenn die Adresse keinen Wohnungsnummer hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie die Postfachnummer ein (wenn der Arbeitnehmer es verwendet).
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie die Telefonnummer des Arbeitnehmers mit davorstehender Vorwahl ein, z. B. 89 23225420. Es wird uns den Kontakt bei den Angelegenheiten Ihres Arbeitnehmers erleichtern. Wenn der Versicherte kein Telefon hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 08** – schreiben Sie den zweistelligen Ländercode und die ausländische Postleitzahl.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen sie die E-Mail-Adresse ein.

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)		
01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Ulica		
04. Numer domu		05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
09. Adres poczty elektronicznej		

Teil XIV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZÄHLERS

In diesem Teil:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) z. B. 05 01 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – unterschreiben Sie als Beitragszahler oder lassen Sie Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben.
- ➔ **Im Feld 03** – lassen Sie das Formular Ihrem zu versichernden Arbeitnehmer unterschreiben.
- ➔ **Im Feld 04** – drücken Sie den Stempel des Beitragszahlers auf (wenn vorhanden).

XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
05 01 2019	
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.
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia
<i>Anneliese Kramer</i>	
03. Pieczęćka płatnika	

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP (Steuer-Identifikationsnummer) ein, die Ihnen vom Zweiten Finanzamt in Warschau zugeteilt wurde und zur Mehrwertsteuerabrechnung dient. Lassen Sie das PL-Symbol weg und trennen Sie die Nummer mit den Strichen nicht.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 02 und 03** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie **2** ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Serie und Nummer des Reisepasses oder eines anderen Ausweises ein. Tragen Sie max. 9 ersten Buchstaben und Ziffern ohne Leer- und Satzzeichen ein.
- ➔ **Im Feld 06** – schreiben Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen sie den Nachnamen des Beitragszahlers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie den Vornamen des Beitragszahlers ein.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Beitragszahlers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 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 ²⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
	2
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
	A N 0 0 0 0 0 0 0 0
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

Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

Dieser Teil ist sehr wichtig. Auf der Grundlage Ihrer Anmeldung werden wir für Ihren Auftragnehmer ein individuelles Versichertenkonto bei ZUS einrichten. Die Identifizierungsdaten, die Sie jetzt bei der Anmeldung angeben werden, geben Sie nachher in allen Versicherungsunterlagen an.

Geben Sie die Personenidentifikationsnummer (PESEL) des Auftragnehmers an (Feld 01). Wenn dem Auftragnehmer keine PESEL-Nummer zugeteilt wurde, geben Sie die Serie und Nummer seines Ausweises oder Reisepasses an (Feld 03).

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die PESEL-Nummer des Auftragnehmers ein.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 02** nicht aus.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 03** nur dann aus, wenn dem Auftragnehmer keine PESEL-Nummer zugeteilt wurde.
Tragen Sie die Art des Dokuments ein:
1 – Personalausweis,
2 – Reisepass.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 04** nur dann aus, wenn Sie das Feld 02 ausgefüllt haben.
Tragen Sie die Serie und Nummer des Ausweises oder Reisepasses ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie den Nachnamen des Auftragnehmers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie den Vornamen des Auftragnehmers ein.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Auftragnehmers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 17 03 1988.

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEN	
01. Numer PESEL ²⁾	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1	
05. Nazwisko	04. Seria i numer dokumentu
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

Teil IV. BUCHUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den zweiten Vornamen des Auftragnehmers ein (wenn zutreffend).
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den Familiennamen des Auftragnehmers ein. Der Familienname muss sowohl von Frauen als auch von Männern angegeben werden.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Staatsangehörigkeit des Auftragnehmers ein.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie das Geschlecht des Auftragnehmers ein:
 - K** – weiblich,
 - M** – männlich.

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGLASZANEJ DO UBEZPIECZEN	
01. Imię drugie	
02. Nazwisko rodowe	J A N K O W S K A
03. Obywatelstwo	P O L S K I E
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	K

Teil V. VERSICHERUNGSANSPRUCH

In diesem Teil füllen Sie die Daten bezüglich des Versicherungsanspruchscodes aus.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Versicherungsanspruchscodes (6 Ziffern) ein.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA	
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾	
04	1100

- ➔ **Zeichen 1–4** – bezeichnen die Vertragsform, aus der die Beitragszahlungspflicht hervorgeht. Wenn Sie einen im Rahmen eines Auftragsvertrages Beschäftigten anmelden, tragen Sie den Code 04 11 ein.
- ➔ **Zeichen 5** – bezeichnet festgestellten Anspruch auf Altersrente oder Erwerbsminderungsrente. Tragen Sie ein:
 - 0 – wenn der Auftragnehmer keinen festgestellten Rentenanspruch hat,
 - 1 – wenn der Arbeitnehmer Sie über den festgestellten Anspruch auf Altersrente informiert hat,
 - 2 – wenn der Arbeitnehmer Sie über den festgestellten Anspruch auf Erwerbsminderungsrente informiert hat.
- ➔ **Zeichen 6** – bezeichnet den Grad der Behinderung. Tragen Sie ein:
 - 0 – wenn der Auftragnehmer keine festgestellte Behinderung hat oder hat Sie darüber nicht informiert,
 - 1 – wenn der Auftragnehmer einen Feststellungsbescheid über leichte Behinderung hat,
 - 2 – wenn der Auftragnehmer einen Feststellungsbescheid über mittelgradige Behinderung hat,
 - 3 – wenn der Auftragnehmer einen Feststellungsbescheid über erhebliche Behinderung hat,
 - 4 – wenn der Auftragnehmer einen Feststellungsbescheid über Behinderung für Personen unter 16 Jahren hat.

Teil VI. ANGABEN ZUR SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHT

In diesem Teil füllen Sie die Informationen über die Sozialversicherungspflicht des Auftragnehmers aus.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Datum ein, an dem die Sozialversicherungspflicht entstand, d. h. das Einstellungsdatum des Auftragnehmers (Tag/Monat/Jahr), z. B. 01 01 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – kreuzen Sie an, wenn der Auftragnehmer der Altersrentenversicherungspflicht unterliegt.
- ➔ **Im Feld 03** – kreuzen Sie an, wenn der Auftragnehmer der Erwerbsminderungsversicherungspflicht unterliegt.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 04** nicht aus.

➔ **Im Feld 05** – kreuzen Sie an, wenn der Auftragnehmer der Unfallversicherungspflicht unterliegt.

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)	0 1 0 1 2 0 1 9	02. Emerytalnemu <input checked="" type="checkbox"/>	04. Chorobowemu <input type="checkbox"/>
		03. Rentowym <input checked="" type="checkbox"/>	05. Wypadkowemu <input checked="" type="checkbox"/>

Teil VII. ANGABEN ZU KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT

In diesem Teil füllen Sie die Informationen über die Pflichtkrankenversicherung des Auftragnehmers aus.

➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Datum ein, an dem die Krankenversicherungspflicht entstand, d. h. das Einstellungsdatum des Auftragnehmers (Tag/Monat/Jahr), z. B. 01 01 2019.

➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den dreistelligen Code der Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds ein, die zuständig im Hinblick auf die Wohnadresse des Auftragnehmers ist:

- ➔ 01R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Niederschlesien in Wrocław (Breslau),
- ➔ 02R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Kujawien-Pommern in Bydgoszcz (Bromberg),
- ➔ 03R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Lublin in Lublin,
- ➔ 04R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Lebuser Land in Zielona Góra (Grünberg),
- ➔ 05R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Lodsch in Łódź (Lodsch),
- ➔ 06R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Kleinpolen in Kraków (Krakau),
- ➔ 07R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Masowien-Woiwodschaft in Warszawa (Warschau),
- ➔ 08R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Oppelner Woiwodschaft in Opole (Oppeln),
- ➔ 09R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Vorkarpaten in Rzeszów,
- ➔ 10R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Podlachien in Białystok,
- ➔ 11R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Pommern in Gdańsk (Danzig),
- ➔ 12R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Schlesien in Katowice (Katowitz),
- ➔ 13R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Heiligkreuz in Kielce,
- ➔ 14R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Ermland-Masuren in Olsztyn (Allenstein),
- ➔ 15R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Großpolen in Poznań (Posen),
- ➔ 16R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Westpommern in Szczecin (Stettin).

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM		02. Kod oddziału NFZ	
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)	0 1 0 1 2 0 1 9	0 7 R	

Teil VIII. ANGABEN ZU FREIWILLIGEN SOZIALVERSICHERUNGEN

In diesem Teil füllen Sie die Informationen über die freiwillige Krankenversicherung des Auftragnehmers aus (wenn sie beantragt wurde).

➔ Füllen Sie **die Felder 01–04** nicht aus.

➔ **Im Feld 05** – kreuzen Sie an, wenn der Auftragnehmer der Krankenversicherung unterliegt.

➔ **Im Feld 06** – tragen Sie das Datum ein, ab dem der Auftragnehmer versichert wird (Tag/Monat/Jahr), z. B. 01 01 2019.

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH					
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)					
01. Emerytalnym	<input type="checkbox"/>	03. Rentowymi	<input type="checkbox"/>	05. Chorobowym	<input type="checkbox"/>
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)	<input type="text"/>	04. Od dnia (dd / mm / rrrr)	<input type="text"/>	06. Od dnia (dd / mm / rrrr)	<input type="text"/>

Teil IX. ANGABEN ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG

Füllen Sie diesen Teil nicht aus.

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)	02. Kod oddziału NFZ

Teil X. ANDERE DATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

Füllen Sie diesen Teil nicht aus.

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ ⁴⁾			
01. Kod wykonywanego zawodu	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze	03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)	04. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)

Teil XI. GEWÖHNLICHER AUFENTHALTSORT

In diesem Teil tragen Sie die Meldeadresse des Auftragnehmers ein.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Postleitzahl ein.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den Aufenthaltsort des Auftragnehmers ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie den Namen der Gemeinde oder Bezirk ein, wo der Auftragnehmer angemeldet ist.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie den Straßennamen ein. Wenn die Adresse keinen Straßennamen hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Hausnummer ein. Wenn die Hausnummer eine Doppelnummer ist, trennen Sie sie mit einem Schrägstrich, z. B. 17/19. Wenn in der Hausnummer ein Buchstabe vorkommt, geben Sie einen großen Druckbuchstaben ohne Leerzeichen ein, z. B. 17B.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie die Wohnungsnummer ein. Wenn die Adresse keine Wohnungsnummer hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie die Telefonnummer seines Auftragnehmers mit davorstehender Vorwahl ein, z. B. 49 89 23225420. Es wird uns den Kontakt bei seinen Angelegenheiten erleichtern. Wenn er kein Telefon hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 08** – schreiben Sie den zweistelligen Ländercode und die ausländische Postleitzahl, wenn es keine polnische Adresse ist.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
XI. ADRES ZAMELADOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU			
01. Kod pocztowy	02. Miejscowość		
0 2 - 6 4 9	W A R S Z A W A		
03. Gmina / Dzielnica	M O K O T Ó W		
04. Ulica	M A R Z A N N Y		
05. Numer domu	06. Numer lokalu		
9	2		
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)		

Teil XII. WOHNADRESSE

In diesem Teil tragen Sie die Wohnadresse des Auftragnehmers ein, wenn es anders als die im Teil XI angegebene ist.

➔ **Felder 01–08** – füllen Sie gemäß den im Teil XI angegebenen Regeln.

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

Teil XIII. KORRESPONDENZADRESSE

Füllen Sie diesen Teil aus, wenn Ihr Auftragnehmer Mitteilungen von uns an eine andere Anschrift als die im Teil XI als gewöhnlicher Aufenthaltsort genannte erhalten möchte.

➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Postleitzahl ein, wenn Sie eine Anschrift in Polen angeben.

➔ **Im Feld 02** – tragen sie den Ort ein.

➔ **Im Feld 03** – tragen sie den Straßennamen ein.

➔ **Im Feld 04** – tragen Sie die Hausnummer ein.

➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Wohnungsnummer ein. Wenn die Adresse keine Wohnungsnummer hat, füllen Sie das Feld nicht aus.

➔ **Im Feld 06** – tragen Sie die Postfachnummer ein.

➔ **Im Feld 07** – tragen Sie die Telefonnummer des Auftragnehmers mit davorstehender Vorwahl ein, z. B. 89 23225420. Es wird uns den Kontakt bei seinen Angelegenheiten erleichtern. Wenn der Auftragnehmer kein Telefon hat, füllen Sie das Feld nicht aus.

➔ **Im Feld 08** – schreiben Sie den zweistelligen Ländercode und die ausländische Postleitzahl.

➔ **Im Feld 09** – tragen sie die E-Mail-Adresse ein.

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

Teil XIV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZAHLERS

In diesem Teil:

➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 05 01 2019.

➔ **Im Feld 02** – unterschreiben Sie oder lassen Sie Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben.

➔ **Im Feld 03** – lassen Sie das Formular Ihrem zu versichernden Auftragnehmer unterschreiben.

➔ **Im Feld 04** – drücken Sie den Stempel des Beitragszahlers auf (wenn vorhanden).

<p>XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)</p> <p>0 5 0 1 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>XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA</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 zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia</p>
--	--

7.3. WIE MELDET MAN ZUR VERSICHERUNG EINEN AUFTRAGNEHMER AN, DER EINEN ANDEREN VERSICHERUNGSANSPRUCH HAT?

Beschäftigen Sie eine Person, die den polnischen Rechtsvorschriften bezüglich der Sozial- und Krankenversicherungen im Rahmen eines Auftrags-, Handelsvertreter- oder Dienstleistungsvertrags unterliegt? Bitten Sie sie, die Erklärung zu unterschreiben und die folgenden Fragen zu beantworten:

- 1) Ist es ihr einziger Versicherungsanspruch?
- 2) Erhält sie den [Mindestlohn](#) aus ihrer beruflichen Tätigkeit (d. h. auf der Grundlage aller geschlossenen Verträge)?

Wenn der Vertrag mit Ihnen für diese Person nicht der einzige Versicherungsanspruch ist oder wenn sie aus allen Ihren Verträgen den Mindestlohn erhält, melden Sie sie zur Versicherung mithilfe des [ZUS ZZA-Formulars - Krankenversicherungsanmeldung/Mitteilung über Änderung von Daten](#).

Übermitteln Sie das ZUS ZZA-Formular innerhalb von 7 Tagen nach dem Arbeitseinstieg dieser Person.

Nachfolgend beschreiben wir, wie das [ZUS ZZA-Formular - Krankenversicherungsanmeldung/Mitteilung über Änderung von Daten](#) auszufüllen. Mehr Informationen finden Sie im Leitfaden [ZUS ZZA \(Krankenversicherungsanmeldung/Mitteilung über Änderung von Daten\). Anleitung zur Ausfüllung und Korrektur](#).

Alle Unterlagen sollen in den von www.zus.pl heruntergeladenen Formulare ausgefüllt werden. Sie können am Computer oder handschriftlich ausgefüllt werden. Schreiben Sie in Druckbuchstaben und tragen Sie jedes Zeichen in ein separates Kästchen ein. Verwenden Sie einen Stift mit schwarzer oder blauer Tinte. Verwenden Sie keine Sonderzeichen („“, &, =, / usw.) und diakritische Zeichen (z. B. Ü, Ö).

Teil I. ORGANISATIONS DATEN

In diesem Teil füllen Sie nur das Feld 01 oder 02 aus.

➔ **Im Feld 01** – tragen Sie „X“ ein.

➔ **Feld 02** – füllen Sie aus, wenn eine ZUS ZZA-Eintragung bereits besteht und die angegebenen Daten geändert oder korrigiert werden müssen.

Tragen Sie ein:

1 – um die Daten des Auftragnehmers zu ändern, wenn sie anders als in der vorherigen Anmeldung sind (z. B. die Adresse hat sich geändert),

2 – um die Daten des Auftragnehmers zu korrigieren, wenn Sie die Fehler in der vorherigen Anmeldung berichtigen, z. B. wenn Sie eine falsche Adresse angegeben haben.

**WICHTIG**

Wenn Sie die Identifizierungsdaten einer bereits versicherten Person ändern oder korrigieren möchten (Daten aus dem Teil III von ZUS ZZA), füllen Sie dann ein anderes Formular - [ZUS ZIUA](#) aus.

→ Füllen Sie **die Felder 03 und 04** nicht aus.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
I. DANE ORGANIZACYJNE				
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ¹⁾		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”		

Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Beitragszahlers im Formular ZUS ZPA oder ZUS ZFA angegeben haben.

- **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP (Steuer-Identifikationsnummer) ein, die vom Zweiten Finanzamt in Warschau zugeteilt wurde und zur Mehrwertsteuerabrechnung dient. Lassen Sie das PL-Symbol weg und trennen Sie die Nummer mit den Strichen nicht.
- Füllen Sie **die Felder 02 und 03** nicht aus.
- **Im Feld 04** – tragen sie **2** ein.
- **Im Feld 05** – tragen Sie die Serie und Nummer des Reisepasses oder eines anderen Ausweises ein. Tragen Sie maximal 9 ersten Buchstaben und Ziffern ohne Leer- und Satzzeichen ein.
- **Im Feld 06** – schreiben Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers.
- **Im Feld 07** – tragen sie den Nachnamen des Beitragszahlers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- **Im Feld 08** – tragen Sie den Vornamen des Beitragszahlers ein.
- **Im Feld 09** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Beitragszahlers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK		02. Numer REGON	
	01. Numer NIP (wpisać bez kresek)			
	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9			
	03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, 2	
			05. Seria i numer dokumentu	
	06. Nazwa skrócona		A N 0 0 0 0 0 0 0 0	
	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		

Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

Dieser Teil ist sehr wichtig. Auf der Grundlage Ihrer Anmeldung werden wir für Ihren Auftragnehmer ein individuelles Versichertenkonto bei ZUS einrichten. Die Identifizierungsdaten, die Sie jetzt bei der Anmeldung angeben werden, geben Sie nachher in allen Versicherungsunterlagen an.

Geben Sie die Personenidentifikationsnummer (PESEL) des Auftragnehmers an (Feld 01). Wenn dem Auftragnehmer keine PESEL-Nummer zugeteilt wurde, geben Sie die Serie und Nummer seines Ausweises oder Reisepasses an (Feld 03).

- **Im Feld 01** – tragen Sie die PESEL-Nummer des Auftragnehmers ein.
- Füllen Sie **das Feld 02** nicht aus.
- Füllen Sie **das Feld 03** nur dann aus, wenn dem Auftragnehmer keine PESEL-Nummer zugeteilt wurde.

Tragen Sie die Art des Dokuments ein:

- 1 – Personalausweis,
- 2 – Reisepass.

- ➔ Füllen Sie **das Feld 04** nur dann aus, wenn Sie das Feld 02 ausgefüllt haben. Tragen Sie die Serie und Nummer des Ausweises oder Reisepasses ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie den Nachnamen des Auftragnehmers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie den Vornamen des Auftragnehmers ein.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Auftragnehmers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 17 03 1988.

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA	
01. Numer PESEL ²⁾	02.
8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1	
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	04. Seria i numer dokumentu
05. Nazwisko	
J A N K O W S K A	
06. Imię pierwsze	
D O M I N I K A	
07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
1 7 0 3 1 9 8 8	

Teil IV. BUCHUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den zweiten Vornamen des Auftragnehmers ein (wenn zutreffend).
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den Familiennamen des Auftragnehmers ein. Der Familienname muss sowohl von Frauen als auch von Männern angegeben werden.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Staatsangehörigkeit des Auftragnehmers ein.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie das Geschlecht des Auftragnehmers ein:
K – weiblich,
M – männlich.

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA	
01. Imię drugie	
02. Nazwisko rodowe	
J A N K O W S K A	
03. Obywatelstwo	
P O L S K I E	
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	
K	

Teil V. VERSICHERUNGSANSPRUCH

In diesem Teil füllen Sie die Daten bezüglich des Versicherungsanspruchscodes aus.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Versicherungsanspruchscodes (6 Ziffern) ein.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA	
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾	
	0 4 1 1 0 0

- ➔ **Zeichen 1–4** – bezeichnen die Vertragsform, aus der die Beitragszahlungspflicht hervorgeht. Wenn Sie einen im Rahmen eines Auftragsvertrages Beschäftigten anmelden, tragen Sie den Code 04 11 ein.
- ➔ **Zeichen 5** – bezeichnet festgestellten Anspruch auf Altersrente oder Erwerbsminderungsrente. Tragen Sie ein:
0 – wenn der Auftragnehmer keinen festgestellten Rentenanspruch hat,
1 – wenn der Arbeitnehmer Sie über den festgestellten Anspruch auf Altersrente informiert hat,
2 – wenn der Arbeitnehmer Sie über den festgestellten Anspruch auf Erwerbsminderungsrente informiert hat.
- ➔ **Zeichen 6** – bezeichnet den Grad der Behinderung. Tragen Sie ein:
0 – wenn der Auftragnehmer keine festgestellte Behinderung hat oder hat Sie darüber nicht informiert,

- 1 – wenn der Auftragnehmer einen Feststellungsbescheid über leichte Behinderung hat,
- 2 – wenn der Auftragnehmer einen Feststellungsbescheid über mittelgradige Behinderung hat,
- 3 – wenn der Auftragnehmer einen Feststellungsbescheid über erhebliche Behinderung hat,
- 4 – wenn der Auftragnehmer einen Feststellungsbescheid über Behinderung für Personen unter 16 Jahren hat.

Teil VI. ANGABEN ZU KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT

In diesem Teil füllen Sie die Informationen über die Pflichtkrankenversicherung des Auftragnehmers aus.

- **Im Feld 01** – tragen Sie das Datum ein, an dem die Versicherungspflicht entstand, d. h. das Einstellungsdatum des Auftragnehmers (Tag/Monat/Jahr), z. B. 01 01 2019.
- **Im Feld 02** – tragen Sie den Code der Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds ein, die zuständig im Hinblick auf die Wohnadresse des Auftragnehmers ist:
 - 01R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Niederschlesien in Wrocław (Breslau),
 - 02R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Kujawien-Pommern in Bydgoszcz (Bromberg),
 - 03R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Lublin in Lublin,
 - 04R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Lebus Land in Zielona Góra (Grünberg),
 - 05R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Lodsch in Łódź (Lodsch),
 - 06R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Kleinpolen in Kraków (Krakau),
 - 07R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Masowien-Woiwodschaft in Warszawa (Warschau),
 - 08R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Oppelner Woiwodschaft in Opole (Oppeln),
 - 09R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Vorkarpaten in Rzeszów,
 - 10R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Podlachien in Białystok,
 - 11R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Pommern in Gdańsk (Danzig),
 - 12R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Schlesien in Katowice (Katowitz),
 - 13R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Heiligkreuz in Kielce,
 - 14R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Ermland-Masuren in Olsztyn (Allenstein),
 - 15R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Großpolen in Poznań (Posen),
 - 16R – Zweigstelle des Nationalen Gesundheitsfonds in der Woiwodschaft Westpommern in Szczecin (Stettin).

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

0 1 0 1 2 0 1 9

02. Kod oddziału NFZ

0 7 R

Teil VII. ANGABEN ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG

Füllen Sie diesen Teil nicht aus.

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

Teil VIII. GEWÖHNLICHER AUFENTHALTSORT

In diesem Teil tragen Sie die Meldeadresse des Auftragnehmers ein.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Postleitzahl ein.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den Aufenthaltsort des Auftragnehmers ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie den Namen der Gemeinde oder Bezirk ein, wo der Auftragnehmer angemeldet ist.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie den Straßennamen ein. Wenn die Adresse keinen Straßennamen hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Hausnummer ein. Wenn die Hausnummer eine Doppelnummer ist, trennen Sie sie mit einem Schrägstrich, z. B. 17/19. Wenn in der Hausnummer ein Buchstabe vorkommt, geben Sie einen großen Druckbuchstaben ohne Leerzeichen ein, z. B. 17B.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie die Wohnungsnummer ein. Wenn die Adresse keine Wohnungsnummer hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie die Telefonnummer mit davorstehender Vorwahl ein, z. B. 49 89 23225420. Es wird uns den Kontakt bei den Angelegenheiten Ihres Auftragnehmers erleichtern. Wenn der Auftragnehmer kein Telefon hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie den zweistelligen Ländercode und die ausländische Postleitzahl ein, wenn es keine polnische Adresse ist.

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU	
01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
0 2 - 6 4 9	W A R S Z A W A
03. Gmina / Dzielnica	
M O K O T Ó W	
04. Ulica	
M A R Z A N N Y	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
9	2
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
	-

Teil IX. WOHNADRESSE

In diesem Teil tragen Sie die Wohnadresse des Auftragnehmers ein, wenn es anders als die im Teil XI angegebene ist.

- ➔ **Felder 01–08** – füllen Sie gemäß den im Teil VIII angegebenen Regeln aus.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZZA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
IX. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)				
01. Kod pocztowy	02. Miejscowość			
03. Gmina / Dzielnica				
04. Ulica				
05. Numer domu	06. Numer lokalu			
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)			
	-			

Teil X. KORRESPONDENZADRESSE

Füllen Sie diesen Teil aus, wenn Ihr Auftragnehmer Mitteilungen von uns an eine andere Anschrift als die im Teil VIII als gewöhnlicher Aufenthaltsort genannte erhalten möchte.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Postleitzahl ein, wenn Sie eine Anschrift in Polen angeben.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen sie den Ort ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen sie den Straßennamen ein.

- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie die Hausnummer ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Wohnungsnummer ein. Wenn die Adresse keine Wohnungsnummer hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie die Postfachnummer ein (wenn der Auftragnehmer es verwendet).
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie die Telefonnummer mit davorstehender Vorwahl, z. B. 89 23225420 ein. Es wird uns den Kontakt bei den Angelegenheiten Ihres Auftragnehmers erleichtern. Wenn der Auftragnehmer kein Telefon hat, füllen Sie das Feld nicht aus.
- ➔ **Im Feld 08** – schreiben Sie den zweistelligen Ländercode und die ausländische Postleitzahl.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen sie die E-Mail-Adresse ein.

X. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

Teil XI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZÄHLERS

In diesem Teil:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 05 01 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – unterschreiben Sie als Beitragszahler oder lassen Sie Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben.
- ➔ **Im Feld 03** – lassen Sie das Formular Ihrem zu versichernden Auftragnehmer unterschreiben.
- ➔ **Im Feld 04** – drücken Sie den Stempel des Unternehmers auf (wenn vorhanden).

<p>XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</p> <p>01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold; letter-spacing: 0.5em;">0 5 0 1 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> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 5px 0;"> <p>02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej</p> <p style="font-size: 1.5em; font-style: italic; text-align: center;">Anneliese Kramer</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 5px 0;"> <p>03. Pieczęćka płatnika</p> </div>	<p>XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 5px 0;"> <p>01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia</p> </div>
--	--