

ZAŁĄCZNIK 5

WZORY WYDRUKÓW FORMULARZY UBEZPIECZENIOWYCH ZUS

Załącznik przedstawia wzory dla wydruków dokumentów ubezpieczeniowych z oprogramowania interfejsowego, jakie będą przyjmowane przez ZUS.

Każdy formularz powinien być drukowany na jednej stronie formatu A4, z oznaczeniem producenta, nazwy oraz wersji oprogramowania na marginesach.

SPIS TREŚCI

DOKUMENT ZUS DRA	2
DOKUMENT ZUS DRA cz. II	3
DOKUMENT ZUS RCA	4
DOKUMENT ZUS RCA cz. II	5
DOKUMENT ZUS RPA.....	6
DOKUMENT ZUS RSA.....	7
DOKUMENT ZUS RZA.....	8
DOKUMENT ZUS ZBA	10
DOKUMENT ZUS ZCNA	11
DOKUMENT ZUS ZFA	12
DOKUMENT ZUS ZIPA	13
DOKUMENT ZUS ZIUA.....	14
DOKUMENT ZUS ZPA	15
DOKUMENT ZUS ZUA.....	16
DOKUMENT ZUS ZWPA.....	17
DOKUMENT ZUS ZWUA	18
DOKUMENT ZUS ZZA	19
DOKUMENT ZUS IWA	20
DOKUMENT ZUS ZSWA.....	21
DOKUMENT ZUS OSW	22
DOKUMENT ZUS RIA.....	23

DOKUMENT ZUS DRA

ZUS P DRA				DEKLARACJA ROZLICZENIOWA			
I. DANE ORG. 01. TER. PRZYS. DEK I RAP. 9				02. ID DEKLARACJI 99 99.9999			
03. 04.				05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR. 999999999999			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP 9999999999				02. NUMER REGON 99999999999999			
03. NUMER PESEL 99999999999				04. RODZAJ DOKUMENTU 9			
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 999999999				06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
09. DATA URODZENIA 09.09.1999							
III. INNE INFORMACJE				03. STOPA % SKŁ. NA UBEZP. WYPADKOWE			
01. LICZBA UBEZPIECZONYCH 999999				02. WNIOSEK O DOFIN. SKŁ. ZA OS. NIEPEŁNOSPRAWNE Z PFRON I B.P. 9			
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA							
01. SUMY SKŁADEK SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				02. UBEZPIECZONYCH			
03. PŁATNIKA				04. BUDŻET PAŃSTWA			
05. PFRON				06. FUNDUSZ KOŚCIELNY			
07. KWOTA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, KTÓRE POWINIEN PRZEKAZAĆ PŁATNIK				999999999,99			
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE							
01. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO				99999999,99			
02. KWOTA WYNAGRODZENIA NALEŻNEGO PŁATNIKOWI OD WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO				99999999,99			
03. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO				99999999,99			
04. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FIN. Z BUDŻETU PAŃSTWA / FUS				99999999,99			
05. ŁĄCZNA KWOTA DO POTRĄCENIA				99999999,99			
VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ PŁATNIKA				999999999,99			
02. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ UBEZPIECZONYCH				999999999,99			
03. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ FUNDUSZ KOŚCIELNY				999999999,99			
04. KWOTA NALEŻNEGO WYNAGR. DLA PŁATNIKA				99999999,99			
05. KWOTA DO ZAPŁATY				999999999,99			
VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP							
01. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ PRACY				99999999,99			
02. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FGŚP				99999999,99			
03. KWOTA DO ZAPŁATY				999999999,99			
VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH							
01. LICZBA PRACOWNIKÓW, ZA KTÓRYCH JEST OPŁACANA SKŁADKA NA FEP				999999			
02. LICZBA STANOWISK PRACY W SZCZEG. WARUNKACH LUB O SZCZEG. CHARAKTERZE				999999			
03. SUMA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FEP				999999999,99			
IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU/ ZAPŁATY (p.IV.37 + p.VI.07 + p.VII.03 + p.VIII.03 - p.V.05)							
01. KWOTA DO ZWROTU PRZEZ ZUS				99999999999,99			
02. KWOTA DO ZAPŁATY				99999999999,99			
X. DEKLARACJA DOCHODU (DOTYCZY OSÓB, KTÓRE OPŁACAJĄ SKŁADKI WYŁĄCZNIE ZA SIEBIE)							
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA 99 99 9 9				02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE 999999999,99			
03. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE CHOROBOWE				999999999,99			
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE				999999999,99			
05. INFORMACJA O PRZEKROCZENIU ROCZNEJ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYT. I RENT. 9							
XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999							
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.							

DOKUMENT ZUS DRA cz. II

ZUS P DRA cz. II				DEKLARACJA ROZLICZENIOWA cz. II.				
I. DANE ORG.		01. ID DEKLARACJI	99	02. ROK, NA KTÓRY USTALONA JEST NAJN. PODST. WYMIARU SKŁ. NA UB. EMERYTALNE I RENTOWE		2018	05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR.	999999999999
03.				04.				
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK								
POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)								
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999	03. NUMER PESEL	999999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	9999999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
09. DATA URODZENIA	09.09.1999							
III. NAJNIŻSZA PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE								
01. PRZYCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ZA UBIEGŁY ROK KALENDARZOWY	99999999,99							
02. NAJNIŻSZA PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE	99999999,99							
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK								
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999							
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.								

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RCA

ZUS P RCA		IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH	
I. DANE ORGANIZ.		01. IDENTYFIKATOR RAPORTU 99 99.9999	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NUMER NIP 9999999999		02. NUMER REGION 99999999999999	
03. NUMER PESEL 99999999999		04. RODZAJ DOKUMENTU 9	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999		06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
09. DATA URODZENIA 09.09.1999			
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH			
01. NAZWISKO		02. IMIĘ PIERWSZE	
03. TYP		04. IDENTYFIKATOR	
A. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE			
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA A. 99 99 9 9		B. 99 99 9 9	
02. INFORMACJA O PRZEKROCZENIU 9		9	
03. WYMIAR CZASU PRACY 999 999		999 999	
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZP. EMERYTALNE I RENTOWE 999999,99		999999,99	
05. UBEZPIECZONEGO 99999,99		99999,99	
06. PŁATNIKA 99999,99		99999,99	
07. BUDŻET PAŃSTWA 99999,99		99999,99	
08. PFRON 99999,99		99999,99	
09. FUNDUSZ KOŚCIELNY 99999,99		99999,99	
10. UBEZPIECZONEGO 99999,99		99999,99	
11. PŁATNIKA 99999,99		99999,99	
12. BUDŻET PAŃSTWA 99999,99		99999,99	
13. PFRON 99999,99		99999,99	
14. FUNDUSZ KOŚCIELNY 99999,99		99999,99	
15. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE CHOROBOWE 999999,99		999999,99	
16. UBEZPIECZONEGO 99999,99		99999,99	
17. PŁATNIKA 99999,99		99999,99	
18. BUDŻET PAŃSTWA 99999,99		99999,99	
19. PFRON 99999,99		99999,99	
20. FUNDUSZ KOŚCIELNY 99999,99		99999,99	
21. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE 999999,99		999999,99	
22. UBEZPIECZONEGO 99999,99		99999,99	
23. PŁATNIKA 99999,99		99999,99	
24. BUDŻET PAŃSTWA 99999,99		99999,99	
25. PFRON 99999,99		99999,99	
26. FUNDUSZ KOŚCIELNY 99999,99		99999,99	
27. KWOTA OBNIŻENIA PODST. WYM. SKŁ. NA UBEZP. SPOŁ. Z TYTUŁU OPLACANIA SKŁ. W RAMACH P P E 99999,99		99999,99	
28. ŁĄCZNA KWOTA SKŁADEK 999999,99		999999,99	
V. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE 999999,99		999999,99	
02. PŁATNIKA 99999,99		99999,99	
03. BUDŻET PAŃSTWA 99999,99		99999,99	
04. UBEZPIECZONEGO 99999,99		99999,99	
05. FUNDUSZ KOŚCIELNY 99999,99		99999,99	
VI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA			
01. RODZINNEGO 99999,99		99999,99	
02. WYCHOWAWCZEGO 99999,99		99999,99	
03. PIEŁĘGNACYJNEGO 99999,99		99999,99	
04. ŁĄCZNA KWOTA WYPŁ. ZASIŁKÓW 999999,99		999999,99	
VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999			
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

DOKUMENT ZUS RCA cz. II

ZUS P RCA cz. II				IMIENNY RAPORT cz. II.						
I. DANE ORG.		01. ID DEKLARACJI	99	02. ROK, NA KTÓRY USTALONA JEST NAJN. PODST. WYMIARU SKŁ. NA UB. EMERYTALNE I RENTOWE		9999	05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR.		999999999999	
03.				04.						
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK										
POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)										
01. NUMER NIP		9999999999	02. NUMER REGON		99999999999999		03. NUMER PESEL		999999999999	
							04. RODZAJ DOKUMENTU		9	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU		9999999999		06. NAZWA SKRÓCONA		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
07. NAZWISKO		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				08. IMIĘ PIERW.				XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA		09.09.1999								
III. NAJNIŻSZA PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE										
01. PRZYCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ZA UBIEGŁY ROK KALENDARZOWY		99999999,99								
02. NAJNIŻSZA PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE		99999999,99								
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK										
01. DATA WYPEŁNIENIA		09.09.1999								
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.										

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RPA

ZUS P R P A			IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ		
I. DANE ORGANIZ.			01. IDENTYFIKATOR RAPORTU 01.10.2018		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK					
01. NUMER NIP 9999999999		02. NUMER REGON 99999999999999		03. NUMER PESEL 9999999999	
04. RODZAJ DOKUMENTU 9					
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 9999999999		06. NAZWA SKRÓCONA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
09. DATA URODZENIA 09.09.1999					
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH					
01. NAZWISKO		02. IMIĘ PIERWSZE		03. TYP	
04. IDENTYFIKATOR		05. KOD TYTUŁU			
A. XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX		P 9999999	
B. XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX		P 9999999	
C. XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX		P 9999999	
D.					
III. B. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNE I RENTOWE					
A. Lp. Przychód za rok Kwota		B. Lp. Przychód za rok Kwota		C. Lp. Przychód za rok Kwota	
D. Lp. Przychód za rok Kwota					
1 9999 999999,99		1 9999 999999,99		1 9999 999999,99	
2 9999 999999,99		2 9999 999999,99		2 9999 999999,99	
3 9999 999999,99		3 9999 999999,99		3 9999 999999,99	
III. C. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE					
A. Lp. Przychód za rok Kwota		B. Lp. Przychód za rok Kwota		C. Lp. Przychód za rok Kwota	
D. Lp. Przychód za rok Kwota					
1 9999 999999,99		1 9999 999999,99		1 9999 999999,99	
2 9999 999999,99		2 9999 999999,99		2 9999 999999,99	
3 9999 999999,99		3 9999 999999,99		3 9999 999999,99	
III. D. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNE I RENTOWE					
A. Lp. Kwota		B. Lp. Kwota		C. Lp. Kwota	
D. Lp. Kwota					
1 999999,99		1 999999,99		1 999999,99	
III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY					
A. Lp. Przychód za rok Kwota		B. Lp. Przychód za rok Kwota		C. Lp. Przychód za rok Kwota	
D. Lp. Przychód za rok Kwota					
1 9999 999999,99		1 9999 999999,99		1 9999 999999,99	
2 9999 999999,99		2 9999 999999,99		2 9999 999999,99	
3 9999 999999,99		3 9999 999999,99		3 9999 999999,99	
III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ					
OKRES OD (dd-mm-rrrr)		OKRES DO (dd-mm-rrrr)		WYMIAR ZAJĘĆ	
A. 01. 09.09.1999		02. 09.09.1999		03. 009 / 009	
04. 09.09.1999		05. 09.09.1999		06. 009 / 009	
B. 01. 09.09.1999		02. 09.09.1999		03. 009 / 009	
04. 09.09.1999		05. 09.09.1999		06. 009 / 009	
C. 01. 09.09.1999		02. 09.09.1999		03. 009 / 009	
04. 09.09.1999		05. 09.09.1999		06. 009 / 009	
D. 01. 02.		05. 03.		06. 03.	
04. 05.					
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK					
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999					
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNIEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA DOLE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.					

DOKUMENT ZUS RSA

ZUS PRSA		IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPLACANIU SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZ.		01. IDENTYFIKATOR RAPORTU	
		99 99.9999	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NUMER NIP		02. NUMER REGION	03. NUMER PESEL
9999999999		99999999999999	99999999999
04. RODZAJ DOKUMENTU		9	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU		06. NAZWA SKRÓCONA	
XX999999		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
07. NAZWISKO		08. IMIĘ PIERW.	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
09. DATA URODZENIA		09.09.1999	
III. I DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH			
01. NAZWISKO		02. IMIĘ PIERWSZE	03. TYP
			04. IDENTYFIKATOR
A. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
IV. I RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ			
		A.	B.
		C.	D.
		E.	F.
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA		99 99 9 9	99 99 9 9
02. KOD ŚWIADCZ./ PRZERWY		999	999
03. OKRES OD		09.09.1999	09.09.1999
04. OKRES DO		09.09.1999	09.09.1999
05. LICZBA DNI ZASIŁKOWYCH / LICZBA WYPŁAT		99	99
06. KWOTA		99999,99	99999,99
III. II DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH			
01. NAZWISKO		02. IMIĘ PIERWSZE	03. TYP
			04. IDENTYFIKATOR
G. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
H. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
I. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
J. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
K. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
L. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	P
IV. II RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ			
		G.	H.
		I.	J.
		K.	L.
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA		99 99 9 9	99 99 9 9
02. KOD ŚWIADCZ./ PRZERWY		999	999
03. OKRES OD		09.09.1999	09.09.1999
04. OKRES DO		09.09.1999	09.09.1999
05. LICZBA DNI ZASIŁKOWYCH / LICZBA WYPŁAT		99	99
06. KWOTA		99999,99	99999,99
V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA		09.09.1999	
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNIEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RZA

ZUS P R Z A				IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
I. DANE ORGANIZ.		01. IDENTYFIKATOR RAPORTU		99 99.9999			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. NUMER NIP		9999999999		02. NUMER REGION		99999999999999	
03. NUMER PESEL		999999999999		04. RODZAJ DOKUMENTU		9	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU		XX999999		06. NAZWA SKRÓCONA		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
07. NAZWISKO		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		08. IMIĘ PIERW.		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
09. DATA URODZENIA		09.09.1999					
III. I DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH							
01. NAZWISKO		02. IMIĘ PIERWSZE		03. TYP		04. IDENTYFIKATOR	
A. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
B. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
IV. I NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA		99 99 9 9		99 99 9 9		99 99 9 9	
02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI		999999,99		999999,99		999999,99	
03. PŁATNIKA		999999,99		999999,99		999999,99	
04. BUDŻET PAŃSTWA		999999,99		999999,99		999999,99	
05. UBEZPIECZONEGO		999999,99		999999,99		999999,99	
06. FUNDUSZ KOŚCIELNY		999999,99		999999,99		999999,99	
III. II DANE IDENTYFIKACYJNE OSÓB UBEZPIECZONYCH							
01. NAZWISKO		02. IMIĘ PIERWSZE		03. TYP		04. IDENTYFIKATOR	
G. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
H. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
I. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
J. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
K. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
L. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		P		9999999999	
IV. II NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA		99 99 9 9		99 99 9 9		99 99 9 9	
02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI		999999,99		999999,99		999999,99	
03. PŁATNIKA		999999,99		999999,99		999999,99	
04. BUDŻET PAŃSTWA		999999,99		999999,99		999999,99	
05. UBEZPIECZONEGO		999999,99		999999,99		999999,99	
06. FUNDUSZ KOŚCIELNY		999999,99		999999,99		999999,99	
V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. DATA WYPEŁNIENIA		09.09.1999					
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.							

DOKUMENT ZUS ZAA

ZUS P ZAA		ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZ.			
01.		02.	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
POLA: 01. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS)		02. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)	
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	9999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	99999999999		
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999		
IV. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	99999999999		
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999		
V. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	99999999999		
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999		
VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	99999999999		
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999		
VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA			
01. NOWY ADRES (1), ZAKOŃCZENIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI POD ADRESEM (2) 9			
02. KOD	99-999	03. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	05. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06. NR DOMU	9999999	07. NR LOKALU	9999999
08. NR TELEFONU	99999999999		
09. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999		
VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA		09.09.1999	
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZBA

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZCNA

ZUS P ZCNA		ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	
I. DANE ORGANIZ.			
01.		02.	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
POLA: 01. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 02. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	999999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. NUMER PESEL	999999999999	02.	
03. RODZAJ DOKUMENTU	9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
05. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA	09.09.1990
06. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
IV.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO			
01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY (1) / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY (2)	9	02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY	09.09.1999
03. NUMER PESEL	999999999999	04. NUMER NIP	999999999999
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	09. DATA URODZENIA	09.09.1999
08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
10. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA	99	11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBA UBEZPIECZONĄ (X OZNACZA TAK)	X
12. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	9		
IV.B. ADRES ZAMIESZKANIA			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	06. NR LOKALU	9999999
07. NR TELEFONU	999999999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999
V.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO			
01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY (1) / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY (2)	9	02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY	09.09.1999
03. NUMER PESEL	999999999999	04. NUMER NIP	999999999999
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	09. DATA URODZENIA	09.09.1999
08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
10. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA	99	11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBA UBEZPIECZONĄ (X OZNACZA TAK)	X
12. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	9		
V.B. ADRES ZAMIESZKANIA			
01. KOD	99-999	02. MIEJSCOWOŚĆ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	06. NR LOKALU	9999999
07. NR TELEFONU	999999999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999
VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999	VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.		OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.	
PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZFA

[illegible]

DOKUMENT ZUS ZIPA

ZUS P ZIPA		ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZ.		01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) 9	
02.		03.	
II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
POLA: 02. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 03. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	99999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKR.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	99999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	999999999	06. NAZWA SKR.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999		
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZIUA

ZUS P ZIUA		ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZ.		01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ 9	
02.		03.	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
POLA: 02. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 03. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	99999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. NUMER PESEL	99999999999	02. NUMER NIP	9999999999
03. RODZAJ DOKUMENTU	9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
05. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA	09.09.1990
06. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. NUMER PESEL	99999999999	02.	
03. RODZAJ DOKUMENTU	9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
05. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA	09.09.1999
06. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999		
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.		OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.	
PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

DOKUMENT ZUS ZPA

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZUA

[illegible]

DOKUMENT ZUS ZWPA

ZUS P ZWPA										WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK																																					
I. DANE ORGANIZ.										01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK X										02. KOREKTA DANYCH WYREJESTR. PŁATN. SKŁADEK X																											
03. <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				04. <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK										POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)																																					
01. NUMER NIP 9999999999										02. NUMER REGON 99999999999999										03. NUMER PESEL 999999999999										04. RODZAJ DOKUMENTU 9																	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU XXX999999										06. NAZWA SKR. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																					
07. NAZWISKO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										08. IMIĘ PIERW. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																					
09. DATA URODZENIA 09.09.1999																																															
III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK																																															
01. KOD PRZYCZYNY WYREJESTROWANIA 999										02. DATA WYREJESTROWANIA 09.09.1999																																					
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK																																															
01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999																																															
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.																																															

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS ZWUA

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

DOKUMENT ZUS ZZA

ZUS P ZZA		ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH	
I. DANE ORGANIZ. 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZP. ZDROWOTNEGO		X	02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) DANYCH 9
03.		04.	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	99999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA			
01. NUMER PESEL	99999999999	02.	
03. RODZAJ DOKUMENTU	9	04. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
05. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07. DATA URODZENIA	09.09.1990
06. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA			
01. IMIĘ DRUGIE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	02. NAZWISKO RODOWE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. OBYWATELSTWO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. PŁEĆ	X
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA			
01. KOD TYT. UBEZP.	99 99 9 9		
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM			
01. DATA POWSTANIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA	09.09.1999	02. KOD ODDZIAŁU NFZ	99X
VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM			
01. DATA ROZPOCZĘCIA UBEZPIECZENIA	09.09.1999	02. KOD ODDZIAŁU NFZ	99X
VIII. ADRES ZAMELADOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU			
01. KOD	99-999	02. MIEJSC.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	06. NR LOKALU	9999999
07. NR TELEFONU	99999999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999
IX. ADRES ZAMIESZKANIA			
01. KOD	99-999	02. MIEJSC.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. GMINA / DZIELNICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05. NR DOMU	9999999	06. NR LOKALU	9999999
07. NR TELEFONU	99999999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999
X. ADRES DO KORESpondENCJI			
01. KOD	99-999	02. MIEJSC.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03. ULICA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	04. NR DOMU	9999999
05. NR LOKALU	9999999	06. NR LOKALU	9999999
07. NR TELEFONU	99999999999	08. ZAGR. KOD POCZT.	XX-999999999
09. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA	09.09.1999		
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.			
XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA			
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.			
PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ, PIECZĄTKĘ PŁATNIKA ORAZ PODPIS OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

DOKUMENT ZUS IWA

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

DOKUMENT ZUS ZSWA

ZUS P ZSWA		ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE	
I. DANE ORGANIZ.		01. ID ZGŁOSZENIA	999/9999
02.		03.	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
POLA: 02. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 03. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)			
01. NUMER NIP	9999999999	02. NUMER REGON	99999999999999
03. NUMER PESEL	99999999999	04. RODZAJ DOKUMENTU	9
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999	06. NAZWA SKRÓCONA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERW.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1999		
III.A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE			
01. ZGŁOSZENIE DANYCH	X	02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH	X
03. NUMER PESEL	99999999999	04.	
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1990		
III.B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE			
01. KOD TYT. UBEZP.	KOD PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHAR.	OKRES PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHAR.	WYMIAR CZASU PRACY
99 99 9 9	02. 999	03. 09.09.1999	04. 09.09.1999
	06. 999	07. 09.09.1999	08. 09.09.1999
	10. 999	11. 09.09.1999	12. 09.09.1999
	14. 999	15. 09.09.1999	16. 09.09.1999
IV.A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE			
01. ZGŁOSZENIE DANYCH	X	02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH	X
03. NUMER PESEL	99999999999	04.	
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1990		
IV.B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE			
01. KOD TYT. UBEZP.	KOD PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHAR.	OKRES PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHAR.	WYMIAR CZASU PRACY
99 99 9 9	02. 999	03. 09.09.1999	04. 09.09.1999
	06. 999	07. 09.09.1999	08. 09.09.1999
	10. 999	11. 09.09.1999	12. 09.09.1999
	14. 999	15. 09.09.1999	16. 09.09.1999
V.A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE			
01. ZGŁOSZENIE DANYCH	X	02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH	X
03. NUMER PESEL	99999999999	04.	
05. RODZAJ DOKUMENTU	9	06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	XXX999999
07. NAZWISKO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08. IMIĘ PIERWSZE	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
09. DATA URODZENIA	09.09.1990		
V.B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE			
01. KOD TYT. UBEZP.	KOD PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHAR.	OKRES PRACY W SZCZEG. WAR. / O SZCZEG. CHAR.	WYMIAR CZASU PRACY
99 99 9 9	02. 999	03. 09.09.1999	04. 09.09.1999
	06. 999	07. 09.09.1999	08. 09.09.1999
	10. 999	11. 09.09.1999	12. 09.09.1999
	14. 999	15. 09.09.1999	16. 09.09.1999
VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. DATA WYPEŁNIENIA	02.02.2016		
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.			

DOKUMENT ZUS OSW

ZUS P OSW

OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

II. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

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

III. DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA

01. DATA WYPEŁNIENIA 09.09.1999

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

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

Producent programu, nazwa programu, wersja programu

DOKUMENT ZUS RIA

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Dokument przekazany pierwszorazowo (wpisać - 1) / korekta (wpisać - 2) 1	02. Data nadania (dd-mm-rrrr) 09-09-1999	03. Nalepka "R" XXX99999999999
---	---	-----------------------------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON	
9999999999	99999999999999	
03. Numer PESEL	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	05. Seria i numer dokumentu
1111111111	1	XXX999999
06. Nazwa skrócona		
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
07. Nazwisko		
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
08. Imię pierwsze		
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
		09. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)
		09-09-1999

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

IV. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

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

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

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

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

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

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

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

VIII. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 2 PKT 1 USTAWY Z DNIA 22 MAJA 2009 r. O NAUCZYCIELSKICH ŚWIADCZENIACH KOMPENSACYJNYCH (Dz.U. z 2018 r. poz. 128) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

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

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

IX. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 1 USTAWY Z DNIA 26 STYCZNIA 1982 r. KARTA NAUCZYCIELA, (Dz.U. z 2018 r. poz. 967)- OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.

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

X. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB W SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 32 USTAWY Z DNIA 17 GRUDNIA 1998 r. O EMERYTURACH I RENTACH Z FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270, z późn. zm.) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.

01. Pracodawca od dnia powstania posiada status podmiotu prywatnego i nie ma obowiązku stosowania wykazów stanowisk pracy w szczególnych warunkach stanowiących załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych - jeśli TAK, wpisz X X			
02. Okres od (dd-mm-rrrr)	03. Okres do (dd-mm-rrrr)	04. Praca wykonywana była stale i w pełnym wymiarze czasu pracy - jeśli TAK, wpisz X	
09-09-1999	- 09-09-1999	X	
05. Wymiar czasu pracy (podaj, jeśli nie wypełniłeś pola 04)		06. Kod pracy w szczególnym charakterze	
999/999		999999999	
07. Kod pracy w szczególnych warunkach X99999999			
08. Jeśli w kodzie w p. 07 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 - podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
09. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 07 (podaj, jeśli dotyczy) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
10. Kod pracy w szczególnych warunkach X99999999			
11. Jeśli w kodzie w p. 10 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 - podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
12. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 10 (podaj, jeśli dotyczy) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
13. W okresie zatrudnienia na kolei przysługiwał deputat węglowy (ekwiwalent pieniężny) - jeśli TAK, wpisz X X			
14. Zatrudnienie na kolei na stanowiskach nieobjętych wykazami stanowisk pracy w szczególnych warunkach, stanowiącymi załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych - jeśli TAK, wpisz X X			

XI. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 3 UST. 1 i 3 USTAWY Z DNIA 19 GRUDNIA 2008 r. O EMERYTURACH POMOSTOWYCH (Dz.U. z 2018 r. poz. 1924) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.

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

XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd-mm-rrrr)
09-09-2018
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.