

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator informacji (numer/rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko

07. Imię pierwsze

08. Nazwa skrócona

09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

OKRES ROZLICZENIOWY

(mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod NFZ

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

04. Wymiar czasu

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
01. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	06. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	07. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	
02. SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	09. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	10. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	11. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
płatnika	12. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	13. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	14. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	15. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
budżet państwa	16. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	17. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	18. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	19. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
PFRON ²⁾	20. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	21. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	22. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	23. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
Fundusz Kościelny	24. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	25. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	26. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	27. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	<input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr		29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)	<input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

 zł, gr

02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika

 zł, gr

04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

 zł, gr

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego

 zł, gr

05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny

 zł, gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia/przerwy

02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)

 -

03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat

04. Kwota

 zł, gr

OKRES ROZLICZENIOWY

(mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod NFZ	03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	04. Wymiar czasu	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05.	06.	07.	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08.	09.	10.	11.
płatnika	12.	13.	14.	15.
budżetu państwa	16.	17.	18.	19.
PFRON ²⁾	20.	21.	22.	23.
Fundusz Kościelny	24.	25.	26.	27.
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)		

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki	02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika	03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego	04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny
------------------------------	--	--	---	---

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia/przerwy	02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)	03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat	04. Kwota
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-----------

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd/mm/rrrr)

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

2) Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres złożonej nie później niż do 30 czerwca 2008 r.