

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

04. Rodzaj dokumentu

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko

07. Imię pierwsze

08. Nazwa skrócona

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. A. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Tytuł ubezpieczenia (pierwszy)

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.	06.
		zł, gr		zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zł, gr	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	zł, gr

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Tytuł ubezpieczenia (drugi)

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.	06.
		zł, gr		zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zł, gr	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	zł, gr

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Łączna kwota
wypłaconych zasiłkówVI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW
W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Rodzaj świadczenia / przerwy

02.	Okres od - do (dd / mm / rrrr)	03.	Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	04.	Kwota	05.
					zł, gr	

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Numer PESEL¹⁾

04. Numer NIP

05. Typ identyfikatora

06. Identyfikator

INNY
NUMER

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

06. Rodzaj świadczenia / przerwy

Okres od - do (dd / mm / rrrr)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kwota
07.	08.	09.	10.

11. Rodzaj świadczenia / przerwy

Okres od - do (dd / mm / rrrr)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kwota
12.	13.	14.	15.

16. Rodzaj świadczenia / przerwy

Okres od - do (dd / mm / rrrr)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kwota
17.	18.	19.	20.

21. Rodzaj świadczenia / przerwy

Okres od - do (dd / mm / rrrr)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kwota
22.	23.	24.	25.

26. Rodzaj świadczenia / przerwy

Okres od - do (dd / mm / rrrr)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kwota
27.	28.	29.	30.

31. Rodzaj świadczenia / przerwy

Okres od - do (dd / mm / rrrr)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kwota
32.	33.	34.	35.

36. Rodzaj świadczenia / przerwy

Okres od - do (dd / mm / rrrr)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kwota
37.	38.	39.	40.

VII 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.

01. Okres, którego raport dotyczy (mm / rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

02. Kod oddziału NFZ

--	--	--	--	--	--

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