

.....
(pieczęć płatnika składek)

LISTA PŁATNICZA NR
zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa
wyłaconych w miesiącu 200 r.

Sprawdzono pod względem		Księgowano dnia	
merytorycznym	formalnym i rachunk.	Pozycja Nr	
..... (data, podpis) (data, podpis)	Dokonano potrąceń:	
Zatwierdzono na sumę zł	gr	z tyt. alimentów	zł gr
(strona 2+3+4 listy)		z tyt. nadpłat zasiłków	zł gr
Słownie		z tyt. nadpłat zasiłków	zł gr
do wypłaty na poczet składek ubezpieczeniowych		na rzecz PKZP	zł gr
dnia 200 r.		na rzecz PZU/innych ubez.	zł gr
..... (podpis gł. księgowego i kierownika)		*	zł gr
Wyłacono zł	Nie wyłacono	Razem	zł gr
Słownie	poz.	* inne potrącenia	
.....	na kwotę zł		
	gr		

ZUS Z-19

Lp.	Nazwisko i imię ubezpieczonego	Rodzaj zasiłku	Kwota brutto	Potrącenia		Podatek	Okres	Liczba dni	Kwota netto	Pokwitowanie (data, podpis)
				rodzaj	kwota					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11