

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP
02. REGON
03. PESEL
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 identyfikatora
04. Rodzaj identyfikatora
INNY NUMER

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

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

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny
02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego
03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny
05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego
06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)

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

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

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko
02. Imię pierwsze
03. PESEL
04. NIP
05. Typ identyfikatora
06. Identyfikator
INNY NUMER

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

07. Rodzaj świadczenia / przerwy	08. Okres od - do (dd / mm)	09.	10. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	11. Kod choroby	12. Kwota
					zł, gr
					zł, gr
					zł, gr
					zł, gr
					zł, gr
					zł, gr
					zł, gr
					zł, gr

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(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

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

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

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

02. Kod oddziału NFZ

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

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

