

**1634****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

z dnia 14 listopada 2007 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących oraz innych dokumentów**

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 4 grudnia 1998 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących oraz innych dokumentów (Dz. U. Nr 149, poz. 982, z późn. zm.<sup>3)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 1 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 2) uchyla się załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) załącznik nr 3 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 4) załącznik nr 4 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia;
- 5) załącznik nr 5 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia;
- 6) załącznik nr 6 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego rozporządzenia;
- 7) załącznik nr 13 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego rozporządzenia;
- 8) załącznik nr 14 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego rozporządzenia;

- 9) załącznik nr 15 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego rozporządzenia;
- 10) załącznik nr 16 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego rozporządzenia;
- 11) załącznik nr 17 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do niniejszego rozporządzenia;
- 12) załącznik nr 18 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do niniejszego rozporządzenia;
- 13) załącznik nr 19 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 12 do niniejszego rozporządzenia;
- 14) w załączniku nr 20 do rozporządzenia w części I. Kod tytułu ubezpieczenia w dziale 1. Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:
  - a) skreśla się wyrazy:

„05 60 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.), dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia

05 61 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne sta-

<sup>1)</sup> Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 marca 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 38, poz. 243, Nr 110, poz. 760 i Nr 148, poz. 1041).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 17, poz. 95, Nr 21, poz. 125, Nr 112, poz. 769, Nr 115, poz. 791, 792 i 793 i Nr 176, poz. 1243.

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 120, poz. 1027, z 2003 r. Nr 150, poz. 1457, z 2004 r. Nr 1, poz. 3, Nr 101, poz. 1039 i Nr 277, poz. 2753 oraz z 2006 r. Nr 53, poz. 387.

nowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”,

b) skreśla się wyrazy:

„05 62 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia

05 63 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”,

c) wyrazy „07 10 — stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu” zastępuje się wyrazami:

„07 10 — stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu”,

d) wyrazy „09 10 — osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych” zastępuje się wyrazami:

„09 10 — osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych oraz osoba pobierająca świadczenie integracyjne”,

e) wyrazy „09 41 — osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, zamieszkała w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europej-

skiego Obszaru Gospodarczego” zastępuje się wyrazami:

„09 41 — osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, zamieszkała w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) — stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym”,

f) wyrazy „25 01 — emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę” zastępuje się wyrazami:

„25 01 — emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) — stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę”,

g) wyrazy „25 11 — emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa” zastępuje się wyrazami:

„25 11 — emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) — stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa”.

§ 2. Do wypełniania dokumentów dotyczących okresu od dnia 1 kwietnia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2007 r. kody tytułu ubezpieczenia, Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem oznaczone symbolami: 05 10, 05 60, 05 61 i 05 70 stosuje się odpowiednio w brzmieniu:

„05 10 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia

05 60 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu

Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia

05 61 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia

05 70 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”.

§ 3. Kod tytułu ubezpieczenia, Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem oznaczony jako „05 50 — absolwent prowadzący pozarolniczą działalność zwolniony z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie emerytalne” stosuje się do wypełniania dokumentów dotyczących okresu do dnia 31 maja 2005 r.

§ 4. W przypadku ubezpieczonych niewyrejestrowanych z ubezpieczeń społecznych lub z ubezpieczenia zdrowotnego przed dniem 1 stycznia 2008 r., których kod tytułu ubezpieczenia w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem stosuje się od dnia 1 stycznia 2008 r., składa się dokument o symbolu ZUS ZWUA, podając jako datę wyrejestrowania z ubezpieczeń dzień 1 stycznia 2008 r. i dotychczasowy kod tytułu ubezpieczenia, oraz dokument o symbolu

ZUS ZUA lub ZUS ZZA, podając jako datę powstania obowiązku ubezpieczeń dzień 1 stycznia 2008 r. i nowy kod tytułu ubezpieczenia.

§ 5. Kody tytułu ubezpieczenia, Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem oznaczone jako:

„05 12 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia

05 72 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”

stosuje się do wypełniania dokumentów dotyczących okresu od dnia 1 stycznia 2008 r.

§ 6. Płatnicy składek mogą posługiwać się wzorami dokumentów, o których mowa w § 1 pkt 1—13, w dotychczasowym brzmieniu:

- 1) do czasu wyczerpania zapasów, jeżeli dokumenty są przekazywane w formie dokumentu pisemnego;
- 2) do dnia 31 grudnia 2007 r., jeżeli dokumenty są przekazywane w formie dokumentu elektronicznego utworzonego w programie informatycznym albo w formie wydruku z tego programu.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 14 lit. a, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej:

*J. Kluzik-Rostkowska*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 listopada 2007 r. (poz. 1634)

Załącznik nr 1

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS ZUA</b>	strona: <b>1</b>	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		<b>03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych)<sup>1)</sup></b>	
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		02.	
04. Data nadania (dd / mm / rrr)		05. Nalepka „R”	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA</b>			
01. PESEL		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
02. NIP (wpisać bez kresek)		04. Seria i numer dokumentu	
05. Nazwisko			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	
<b>IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>			
01. Imię drugie			
02. Nazwisko rodowe			
03. Obywatelstwo		04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	
05.		06.	
<b>V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>2),3)</sup>		02.	
<b>VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>			
01.		02. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrr)	
		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
		03. Emerytalnemu <input type="checkbox"/>	
		05. Chorobowemu <input type="checkbox"/>	
		04. Rentowym <input type="checkbox"/>	
		06. Wypadkowemu <input type="checkbox"/>	
<b>VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>			
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrr)			
<b>VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>			
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)			
01. Emerytalnym <input type="checkbox"/>		03. Rentowymi <input type="checkbox"/>	
02. Od dnia (dd / mm / rrr)		05. Chorobowym <input type="checkbox"/>	
		04. Od dnia (dd / mm / rrr)	
		06. Od dnia (dd / mm / rrr)	
<b>IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>			
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrr)		02. zł gr	
<b>X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>			
01.		02.	
03.		04.	
05. Kod wykonywanego zawodu <sup>2)</sup>			
06.		07.	
		08.	

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE  
DUZYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZUA</b>	strona: <b>2</b>	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
-----------------------------------	----------------	------------------	---

**X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ cd.**

09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze<sup>2)</sup>      10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rr)

09.	10.
-----	-----

**XI. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

01. Kod oddziału<sup>3)</sup> NFZ

01.	03.
-----	-----

**XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu      06. Numer lokalu

07. Numer telefonu      08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**XIII. ADRES ZAMIESZKANIA** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu      06. Numer lokalu

07. Numer telefonu      08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**XIV. ADRES DO KORESPONDENCJI** (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu      05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa      07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

**XV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

**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 lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

**XVI. 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.**

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

**XVII. ADNOTACJE ZUS**

1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.  
2) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.  
3) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	-----------	--

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Data nadania (dd / mm / rrr) 02. Nalepka „R”

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpiśać bez kresek) 02. REGON

03. PESEL INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu  
jeśli dowód osobisty, wpiśać 1, jeśli paszport - 2

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. PESEL 02. NIP (wpiśać bez kresek) 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze 07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

III. DANE  
IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

**IV. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpiśać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpiśać - 2) 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrr)

03. PESEL 04. NIP (wpiśać bez kresek) 05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup> 11.

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpiśać X. 13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ  
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

**IV. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpiśać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)**

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBISKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZCNA</b>	strona: <b>2</b>	<b>ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO</b>
--------------------------------	-----------------	------------------	--

**V. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrr)
---	--

03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
-----------	-----------------------------	--	-----------------------------

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup>

11.

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>

**V. B. ADRES ZAMIESZKANIA** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

**VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

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 lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

**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.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

**VIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZZA</b>	strona: <b>1</b>	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
-----------------------------------	----------------	------------------	---

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)  02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH<sup>1)</sup>

03. Data nadania (dd / mm / rrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER  
04. Rodzaj dokumentu:  
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,  
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY ZGŁASZANEJ  
DO UBEZPIECZENIA

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

01. PESEL

02. NIP (wpisać bez kresek)

03. Rodzaj dokumentu  
(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

**IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,  
M - mężczyzna)

05.

06.

**V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA**

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>2),3)</sup>

**VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM**

01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrr)

**VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM**

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrr)

02.

**VIII. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

01. Kod oddziału<sup>2)</sup>

NFZ

03.

**IX. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)



PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

**X. ADRES ZAMIESZKANIA** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu      06. Numer lokalu

07. Numer telefonu      08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**XI. ADRES DO KORESPONDENCJI** (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu      05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa      07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

**XII. 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 lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

**XIII. 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.**

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

**XIV. ADNOTACJE ZUS**

1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.  
2) Wpisać odpowiedni kod podany w Instrukcji.  
3) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNI LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZIUA</b>	<b>ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		
01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ		
02. Data nadania (dd / mm / rrrr)	03. Nalepka „R”	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON	
03. PESEL	INNY NUMER	05. Seria i numer dokumentu
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
06. Nazwa skrócona		
07. Nazwisko		
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
<b>III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>		
01. PESEL	02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
<b>IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>		
01. PESEL	02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
<b>V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		<b>VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)		
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>		<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		01. Podpis osoby ubezpieczonej
03. Pieczęćka płatnika		
<b>VII. ADNOTACJE ZUS</b>		

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZWUA</b>	<b>WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ</b>		
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				
01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		02.	03.	
05. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		
06. Nalepka „R”				
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK</b>			
	01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
	03. PESEL	05. Seria i numer dokumentu		
	06. Nazwa skrócona		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
	07. Nazwisko			
	08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ</b>				
01. PESEL		02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu		
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)		
<b>IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ</b>				
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>		Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr)	Kod przyczyny wyrejestrowania <sup>1)</sup>	
02.	03.	04.		
05.	06.	07.		
08.	09.	10.		
11.	12.	13.		
14.	15.	16.		
<b>V.</b>				
01.	02.			
<b>VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK</b>				
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)				
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 lub osoby upoważnionej		01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń		
03. Pieczęćka płatnika				
<b>VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ</b>				
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
<b>VIII. ADNOTACJE ZUS</b>				
<sup>1)</sup> Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.				

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE  
DUZYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLEREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZPA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. Nazwa skrócona

III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktem prawnym konstytuującym podmiot)

02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.

03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.

04. Nazwa organu założycielskiego

06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrrr)

07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji

05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać X.

08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego

09. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)

10.

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.

V. INNE DANE O PŁATNIKU SKŁADEK

01.

02.

03.

04. Jeśli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA.

VI. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE  
DUZYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLEM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZPA	strona: 2	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ
-----------------------------------	-----	-----	-----------	--

**VII. ADRES DO KORESPONDENCJI PLATNIKA SKŁADEK** (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Ulica		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	06. Numer telefonu do teletransmisji
07. Skrytka pocztowa	08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
10.		

**VIII. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM** (wpisać, jeśli dokumentację finansowo-księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
03. Nazwa skrócona	

**IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Liczba załączników formularza ZUS ZBA	
02. Liczba załączników formularza ZUS ZAA	
03. 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.**

04. Pieczęćka imienna i podpis osoby upoważnionej	05. Pieczęćka płatnika
---	------------------------

**X. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS ZFA</b>	strona: <b>1</b>	<b>ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ</b>
---------------------------------------	----------------	------------------	--

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać X)  
 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)      04. Nalepka „R”

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek)      02. REGON

03. PESEL      INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2      05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze      09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

**III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Imię drugie

02. Miejsce urodzenia

03. Obywatelstwo

**IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI**

01. Kod rodzaju uprawnienia <sup>2)</sup>      02. Numer uprawnienia

03. Nazwa organu wydającego uprawnienie

04. Data wydania uprawnienia (dd / mm / rrrr)      05.

**V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer rachunku

02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.

**VI. INNE DANE O PŁATNIKU SKŁADEK**

01.

02.

03.

04. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)       05. Jeśli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA.

**VII. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu      06. Numer lokalu

07. Numer telefonu      08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09.

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZFA	strona: 2	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
-----------------------------------	-----	-----	-----------	--

**VIII. ADRES ZAMIESZKANIA PLATNIKA SKŁADEK** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy                      02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu                      06. Numer lokalu

07. Numer telefonu                      08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09.

**IX. ADRES DO KORESPONDENCJI PLATNIKA SKŁADEK** (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy                      02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu                      05. Numer lokalu                      06. Numer telefonu do teletransmisji

07. Skrytka pocztowa                      08. Numer telefonu                      09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

10.

**X. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM** (wpisać, jeśli dokumentację finansowo-księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. NIP (wpisać bez kresek)                      02. REGON

03. Nazwa skrócona

**XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Liczba załączników formularza ZUS ZBA

02. Liczba załączników formularza ZUS ZAA

03. 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.**

04. Podpis płatnika lub osoby przez niego upoważnionej	05. Pieczętka płatnika (jeśli posiada)
--	--

**XII. ADNOTACJE ZUS**

1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPIA.  
2) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZIPA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PLATNIKA SKŁADEK
--------------------------------	----------	---

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)

02.

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

**II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER

04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

**III. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER

04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

**IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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 lub osoby upoważnionej	03. Pieczęćka płatnika
--	------------------------

**V. ADNOTACJE ZUS**



PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZWPA</b>	<b>WYREJESTROWANIE PLATNIKA SKŁADEK</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		
01. WYREJESTROWANIE PLATNIKA SKŁADEK <input type="checkbox"/>		02. <input type="checkbox"/>
03. KOREKTA DANYCH WYREJESTROWANIA PLATNIKA SKŁADEK <input type="checkbox"/>		wpisać X w odpowiednim polu
04. Data nadania (dd / mm / rrrr)	05. Nalepka „R”	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK</b>		
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON
03. PESEL	INNY NUMER	04. Rodzaj dokumentu:
06. Nazwa skrócona	jeśli dowód osobisty, wpisać 1,	05. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	jeśli paszport - 2	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<b>III. DANE O WYREJESTROWANIU PLATNIKA SKŁADEK</b>		
01. Kod przyczyny wyrejestrowania <sup>1)</sup>	02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrrr)	
<b>IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK</b>		
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)		
<p><b>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b></p>		
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęć płatnika
<b>V. ADNOTACJE ZUS</b>		

<sup>1)</sup> Wypełnić zgodnie z instrukcją.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS</b>	<b>ZBA</b>	<b>INFORMACJA O NUMERACH RACHUNKÓW BANKOWYCH PLATNIKA SKŁADEK</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. Data nadania (dd / mm / rrr)		02. Nalepka „R”	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona		INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)
<b>III. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)			
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>			
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęćka płatnika	
<b>X. ADNOTACJE ZUS</b>			



PLATNIK WYPELNI TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZAA</b>	strona: <b>2</b>	<b>ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA SKŁADEK</b>
-----------------------------------	----------------	------------------	--

**VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA**

01. Nowy adres (wpisać - 1) /  
 zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy                      03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu                      07. Numer lokalu

08. Numer telefonu                      09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA**

01. Nowy adres (wpisać - 1) /  
 zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy                      03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu                      07. Numer lokalu

08. Numer telefonu                      09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA**

01. Nowy adres (wpisać - 1) /  
 zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy                      03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu                      07. Numer lokalu

08. Numer telefonu                      09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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 lub osoby upoważnionej	03. Pieczęćka płatnika
--	------------------------

**X. ADNOTACJE ZUS**

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOŻNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	DRA	strona 1	<b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b>	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr) <sup>1)</sup>		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów <sup>1)</sup>		03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”		
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK</b>						
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON				
03. PESEL		INNY NUMER		05. Seria i numer dokumentu		
06. Nazwa skrócona		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2				
07. Nazwisko						
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)				
<b>III. INNE INFORMACJE</b>						
01. Liczba ubezpieczonych		02. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy		03. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa <sup>1)</sup>		04. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe
						%
<b>IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA</b>						
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (p. 01 + p. 02)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych		05. płatnika		06. (p. 04 + p. 05)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
budżet państwa	07. PFRON		08. Fundusz Kościelny		09. (p. 07 + p. 08)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
PFRON	10. Fundusz Kościelny		11. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe (p. 19 + p. 20)		12. (p. 10 + p. 11)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
Fundusz Kościelny	13. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe (p. 22 + p. 23)		14. (= p. 25)		15. (p. 13 + p. 14)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe (p. 19 + p. 20)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych		23. płatnika		24. (p. 22 + p. 23)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
PFRON	25. Fundusz Kościelny		26. (= p. 25)		27. (p. 27 + p. 28)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
Fundusz Kościelny	27. Fundusz Kościelny		28. (= p. 30)		29. (p. 27 + p. 28)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
32. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 26)					zł, gr	
<b>V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE</b>						
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa
zł, gr		zł, gr		zł, gr		zł, gr
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)					zł, gr	
<b>VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V</b>						
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p. V. 05 - p. IV. 32)		zł, gr		02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 32 - p. V. 05)		
				zł, gr		

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE, DUZYMI DRUKOWANYMI LITERAMI CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLEM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAC SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 2	<b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b>
----------------------------------	---------	-----------	---------------------------------

**VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	
02. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	04. Kwota do zapłaty (p. 01 - p. 03)
03. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr

**VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP**

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)
		<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr

**IX. ŁĄCZNA SUMA KWOT DO ZAPŁATY**

01. Łączna suma kwot do zapłaty (p. VI. 02 + p. VII. 04 + p. VIII. 03)

zł  gr

**X.**

01.	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	
02.	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	
03.	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	04.
		<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr

**XI. DEKLARACJA DOCHODU** (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)

01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	<input type="text"/>	
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	05. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <sup>1)</sup>
		<input type="checkbox"/>

**XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Liczba kartek raportu ZUS RCA	<input type="text"/>	
02.	<input type="text"/>	
03. Liczba kartek raportu ZUS RZA	<input type="text"/>	
04. Liczba kartek raportu ZUS RSA	<input type="text"/>	
05.	<input type="text"/>	06. Łączna liczba kartek raportów (p. 01 + p. 03 + p. 04)
07.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

08. 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.**

09. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego	10. Pieczętka płatnika i podpis płatnika lub osoby upoważnionej
---	---

**Pouczenie:** W wypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.04, poz. VIII.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2005 r. Nr 229, poz. 1954, z późn. zm.).

**XIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Wpisać odpowiedni kod zgodnie z instrukcją.