

## 717

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

z dnia 24 czerwca 2008 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**

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. 1. Określa się wzory dokumentów:

- 1) zgłoszenie do ubezpieczeń/zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej — o symbolu ZUS ZUA, stanowiące załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) zgłoszenie danych o członkach rodziny, dla celów ubezpieczenia zdrowotnego — o symbolu ZUS ZCNA, stanowiące załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/zgłoszenie zmiany danych — o symbolu ZUS ZZA, stanowiące załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej — o symbolu ZUS ZIUA, stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) wyrejestrowanie z ubezpieczeń — o symbolu ZUS ZWUA, stanowiące załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 6) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek — osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej — o symbolu ZUS ZPA, stanowiące załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 7) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek — osoby fizycznej — o symbolu ZUS ZFA, stanowiące załącznik nr 7 do rozporządzenia;
- 8) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek — o symbolu ZUS ZIPA, stanowiące załącznik nr 8 do rozporządzenia;
- 9) wyrejestrowanie płatnika składek — o symbolu ZUS ZWPA, stanowiące załącznik nr 9 do rozporządzenia;
- 10) informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek — o symbolu ZUS ZBA, stanowiąca załącznik nr 10 do rozporządzenia;
- 11) adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek — o symbolu ZUS ZAA, stanowiące załącznik nr 11 do rozporządzenia;
- 12) imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach — o symbolu ZUS RCA, stanowiący załącznik nr 12 do rozporządzenia;
- 13) imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne — o symbolu ZUS RZA, stanowiący załącznik nr 13 do rozporządzenia;
- 14) imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek — o symbolu ZUS RSA, stanowiący załącznik nr 14 do rozporządzenia;
- 15) deklaracja rozliczeniowa — o symbolu ZUS DRA, stanowiąca załącznik nr 15 do rozporządzenia;
- 16) imienny raport miesięczny dla osoby ubezpieczonej — o symbolu ZUS RMUA, stanowiący załącznik nr 16 do rozporządzenia.

2. Dla imiennych raportów miesięcznych korygujących ustala się odpowiednio te same wzory, o których mowa w ust. 1 pkt 12—14 oraz 16, a dla deklaracji rozliczeniowej korygującej — ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 15.

§ 2. 1. Dokumenty, o których mowa w § 1, są wypełniane przy użyciu kodów, których wykaz jest zawarty w instrukcji udostępnionej w formie papierowej w terenowych jednostkach organizacyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz na stronach internetowych tego Zakładu.

2. Wykaz kodów wykorzystywanych przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1, określony jest w załączniku nr 17 do rozporządzenia.

§ 3. Dla dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1—11, określa się kolor pantone nr 224, pkt 12—14 — kolor pantone nr 158, pkt 15 — kolor pantone nr 172 oraz pkt 16 — kolor pantone nr 340.

§ 4. 1. Płatnicy składek mogą do wyczerpania zapasów posługiwać się wzorami dokumentów określonymi w rozporządzeniu, o którym mowa w § 5, jeżeli do-

<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 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 216, poz. 1598).

<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, 793 i Nr 176, poz. 1243 oraz z 2008 r. Nr 63, poz. 394 i Nr 67, poz. 411.

kumenty są przekazywane w formie dokumentu pisemnego.

2. W przypadku składania dokumentu dotyczącego okresu do dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się kody tytułu ubezpieczenia określone w rozporządzeniu, o którym mowa w § 5, obowiązujące w okresie, za który dokument ten został złożony.

§ 5. Traci moc rozporządzenie 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 miesięcz-

nych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących oraz innych dokumentów (Dz. U. Nr 149, poz. 982, z późn. zm.<sup>3)</sup>).

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2008 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

---

<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, z 2006 r. Nr 53, poz. 387 oraz z 2007 r. Nr 220, poz. 1634.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy  
i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca (poz. 717)

## 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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	ZUA	strona 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>						
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		02.		03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>		
04. Data nadania (dd / mm / rrr)						
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>						
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)	
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>						
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)	
<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		05. Chorobowemu
				04. Rentowym		06. Wypadkowemu
<b>VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrr)						
<b>VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>						
Wnoszą o objęcie ubezpieczeniami (wpisać X w odpowiednim polu)						
01. Emerytalnym		03. Rentowym		05. Chorobowym		
02. Od dnia (dd / mm / rrr)		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.		
<b>X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>						
01.			02.			
03.		04.		05. Kod wykonywanego zawodu <sup>2)</sup>		
06.						
07.		06.				

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
--------------------------------	---------	----------	--

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 / rrrr)

XI. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
 01. Kod oddziału<sup>3)</sup> 02. NFZ      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 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

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  
<sup>1)</sup>W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS Z(U)A.  
<sup>2)</sup>Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.  
<sup>3)</sup>Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.

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

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)      02. REGON

03. PESEL      INNY NUMER      05. Seria / 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)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 / rrrr)

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

01. Zgłoszenia nowego członka rodziny (wpisać - 1) /  
wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia  
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

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 / rrrr)

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>

**IV. 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)

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: 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
--------------------------------	----------	-----------	---

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowania członka rodziny (wpisać - 2)

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

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 / rrrr)

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 / 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

**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: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>						
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 / rr)		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 / rr)				
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA</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 / rr)				
<b>IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA</b>						
01. Imię drugie						
02. Nazwisko rodowe						
03. Obywatelstwo						
05.		04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)				
06.						
<b>V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA</b>						
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>2)</sup>						
<b>VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rr)						
<b>VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>						
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rr)		02.		zł; gr		
<b>VIII. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</b>						
01. Kod oddziału <sup>3)</sup>		NFZ		03.		
<b>IX. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU</b>						
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 WYPELNIÄ TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RÄCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZARŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZZA</b>	strona <b>2</b>	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
-----------------------------------	----------------	-----------------	---

**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 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

**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**

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

<sup>2)</sup> Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

<sup>3)</sup> Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBa.



PLATNIK WYPELNIĄ TYLKO POLĄJASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEN 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 PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
05. Nazwa skrócona		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwisko			
07. Imię pierwsze			
08. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
<b>III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. PESEL		02. NIP (wpisać bez kresek)	
03. Nazwisko		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
04. Seria i numer dokumentu		05. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<b>IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. PESEL		02. NIP (wpisać bez kresek)	
03. Nazwisko		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
04. Seria i numer dokumentu		05. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<b>V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK</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>			
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęćka płatnika	
<b>VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
<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>			
01. Podpis osoby ubezpieczonej			
<b>VII. ADNOTACJE ZUS</b>			

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 ZWUA</b>	<b>WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		
01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		04. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)
02.	03.	
05. Data nadania (dd / mm / rrr)	06. Nalepka „R”	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
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)
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ</b>		
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)
<b>IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ</b>		
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrr)	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 PŁATNIKA 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		
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.		
01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń		
<b>VIII. ADNOTACJE ZUS</b>		

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

PŁATNIK 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

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

03. Data nadania (dd / mm / rrr) \_\_\_\_\_ 04. Nalepka „R” \_\_\_\_\_

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kropek) \_\_\_\_\_ 02. REGON \_\_\_\_\_

03. Nazwa skrócona \_\_\_\_\_

**III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktami prawnymi 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 \_\_\_\_\_

05. Czy płatnik podlega wpłowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać X  06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrr) \_\_\_\_\_ 07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji \_\_\_\_\_

08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego \_\_\_\_\_

09. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrr) \_\_\_\_\_ 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 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	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 / 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.

04. Pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej

05. Pieczętka płatnika

**X. ADNOTACJE ZUS**

W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZrPA.

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: 1	<b>ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ</b>	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				
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”		
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON		
03. PESEL		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona				
07. Nazwisko				
08. Imię płeńwaze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<b>III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
01. Imię drugie				
02. Miejsce urodzenia				
03. Obywatelstwo				
<b>IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI</b>				
01. Kod rodzaju uprawnienia <sup>2)</sup>		02. Numer uprawnienia		
03. Nazwa organu wydającego uprawnienie				
04. Data wydania uprawnienia (dd / mm / rrrr)				
05.				
<b>V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
01. Numer rachunku				
02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.				
<b>VI. INNE DANE O PŁATNIKU SKŁADEK</b>				
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.	
<b>VII. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
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 RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM 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 kresak)	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 / 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.

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

**XII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.  
<sup>2)</sup> Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS</b>	<b>ZIPA</b>	<b>ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)		02.	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”		
<b>II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. NIP. (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL	INNY NUMER	05. Seria / 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. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. NIP. (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL	INNY NUMER	05. Seria / 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>IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</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>			
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęćka płatnika	
<b>V. ADNOTACJE ZUS</b>			

## Załącznik nr 9

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

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS ZWPA</b>	<b>WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		
01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK		02. <input type="checkbox"/>
03. KOREKTA DANYCH WYREJESTROWANIA PŁATNIKA SKŁADEK		<input type="checkbox"/> wpisać X w odpowiednim polu
04. Data naradania (dd / mm / rrrr)	05. Nalepka „R”	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON
03. PESEL	INNY NUMER	
04. Roczny dokumenty: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona		07. Nazwisko
08. Imię pierwsza		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
<b>III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. Kod przyczyny wyrejestrowania		02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrrr)
<b>IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</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>		
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęć płatnika
<b>V. ADNOTACJE ZUS</b>		
*Wypełnić zgodnie z instrukcją.		



PŁATNIK 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 ZBA</b>	<b>INFORMACJA O NUMERACH RACHUNKÓW BANKOWYCH PŁATNIKA SKŁADEK</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		
01. Data nadania (dd / mm / rrrr)		02. Nalepka „R”
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. NIP (wpisać bez krespek)		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)
<b>III. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
<b>IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
<b>V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
<b>VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
<b>VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
<b>VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
<b>IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</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>		
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęć płatnika
<b>X. ADNOTACJE ZUS</b>		

PLATNIK 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 ZAA</b>	strona: <b>1</b>	<b>ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA SKŁADEK</b>
---	----------------	------------------	--

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)      02. Nalepka «R»

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez krasek)      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)

**III. 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)

**IV. 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)

**V. 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)

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	ZUS ZAA	strona 2	ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	---------	----------	--

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

01. Nowy adres (wpisać - 1) /  
zakoczenie 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) /  
zakoczenie 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) /  
zakoczenie 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 / rrr)

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

#### X. ADNOTACJE ZUS

X. ADNOTACJE ZUS

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 RCA** strona: **1** **IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH**

<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) <sup>1)</sup>		02. Numer kartki raportu RCA	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA 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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze		03. Typ <sup>1)</sup>		04. Identyfikator	
<b>III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>		02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <sup>1)</sup>		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	
<b>III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA</b>					
01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny		02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego		03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego	
		zł, gr		zł, gr	
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)	
		zł, gr		zł, gr	
<b>IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze		03. Typ <sup>1)</sup>		04. Identyfikator	
<b>IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>		02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <sup>1)</sup>		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	
<b>IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA</b>					
01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny		02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego		03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego	
		zł, gr		zł, gr	
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)	
		zł, gr		zł, gr	
03. Suma kwot na stronie (p. III.B.15 + p. III.C.06 + p. IV.B.15 + p. IV.C.06)				zł, gr	

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 RCA	strona 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
--------------------------------	---------	----------	---

**V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ<sup>1)</sup> 04. Identyfikator

**V. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>1)</sup>

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe<sup>1)</sup>

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI			05.	06.
07. Ubezpieczonego	zł, gr	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
11. Płatnika	zł, gr	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
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)		

**V. C. 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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ<sup>1)</sup> 04. Identyfikator

**VI. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>1)</sup>

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe<sup>1)</sup>

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI			05.	06.
07. Ubezpieczonego	zł, gr	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
11. Płatnika	zł, gr	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
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)		

**VI. C. 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)

04. Suma kwot na stronie (p. V.B.15 + p. V.C.06 + p. VI.B.15 + p. VI.C.06)

**VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

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

03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

**VIII. ADNOTACJE ZUS**

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

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 OBJASNIENIAMI

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS RZA</b>	strona: <b>1</b>	<b>IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) <sup>1)</sup>		02. Numer kartki raportu RZA	
<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 / rrrr)	
<b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator	
<b>III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	02. Podstawa wymiaru składki	zi, gr	03. Kwota składki zi, gr
<b>IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator	
<b>IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	02. Podstawa wymiaru składki	zi, gr	03. Kwota składki zi, gr
<b>V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator	
<b>V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	02. Podstawa wymiaru składki	zi, gr	03. Kwota składki zi, gr
<b>VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator	
<b>VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	02. Podstawa wymiaru składki	zi, gr	03. Kwota składki zi, gr
<b>VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator	
<b>VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	02. Podstawa wymiaru składki	zi, gr	03. Kwota składki zi, gr
03. Suma kwot na stronie ( p. III.B.03 + p. IV.B.03 + p. VB.03 + p. VI.B.03 + p. VII.B.03 )			zi, gr

PLATNIK WYPELNIŁ TYLKO POLAJASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWD, NA MASZYNE LUB RĘCZNE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
-----------------------------------	---------	----------	---

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko		
	02. Imię pierwsze	03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator	

VIII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			03. Kwota składki
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	zl, gr

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko		
	02. Imię pierwsze	03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator	

IX. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			03. Kwota składki
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	zl, gr

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko		
	02. Imię pierwsze	03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator	

X. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			03. Kwota składki
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	zl, gr

XI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko		
	02. Imię pierwsze	03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator	

XI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			03. Kwota składki
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	zl, gr

XII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko		
	02. Imię pierwsze	03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator	

XII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			03. Kwota składki
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	zl, gr

04. Suma kwot na stronie (p. VIII.B.03 + p. IX.B.03 + p. X.B.03 + p. XI.B.03 + p. XII.B.03 )	zl, gr
---	--------

XIII. 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. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

XIV. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLAJASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUZYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAC SIĘ Z OBJASNIENIAMI

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS RSA</b>	strona: <b>1</b>	<b>IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK</b>		
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>					
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr) <sup>1)</sup>				02. Numer kartki raportu RSA	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK</b>					
01. NIP (wpisać bez kresek)			02. REGION		
03. PESEL		INNY NUMER		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa (skrótowa)		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 DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
<b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze			03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator		
<b>III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>		02. Kod świadczenia / przerwy			
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		07. Kwota	
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby /	
				zł, gr	
<b>IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
<b>IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze			03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator		
<b>IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>		02. Kod świadczenia / przerwy			
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		07. Kwota	
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby /	
				zł, gr	
<b>V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
<b>V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze			03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator		
<b>V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>		02. Kod świadczenia / przerwy			
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		07. Kwota	
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby /	
				zł, gr	
<b>VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
<b>VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze			03. Typ <sup>1)</sup> 04. Identyfikator		
<b>VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>		02. Kod świadczenia / przerwy			
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		07. Kwota	
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby /	
				zł, gr	
				03. Suma kwot na stronie (p. III.B.07 + p. IV.B.07 + p. VB.07 + p. VI.B.07)	
				zł, gr	



PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLAJASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
 DŁUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAC SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS	RSA	strona 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPLACANIU SKŁADEK
-----------------------------------	-----	-----	----------	--

**VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ<sup>1)</sup> 04. Identyfikator

**VII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /  
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>1)</sup>

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

**VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ<sup>1)</sup> 04. Identyfikator

**VIII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /  
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>1)</sup>

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

**IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ<sup>1)</sup> 04. Identyfikator

**IX. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /  
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>1)</sup>

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

**X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ<sup>1)</sup> 04. Identyfikator

**X. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /  
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>1)</sup>

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

04. Suma kwot na stronie  
(p. VII.B.07 + p. VIII.B.07 + p. IX.B.07 + p. X.B.07) zł, gr

**XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

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

03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

**XII. ADNOTACJE ZUS**

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

PLATNIK WYPELNIŁ TYLKO POLAJASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAC SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	DRA	strona: 1	D E K L A R A C J A R O Z L I C Z E N I O W A	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>						
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów <sup>1)</sup>		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr) <sup>1)</sup>			05. Znak i numer decyzji pokontrolnej	
03. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. Nalepka „R”				
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK</b>						
01. NIP (wpisać 9 cyfr)			02. REGON			
03. PESEL			INNY NUMER		05. Sema i numer posiadacza	
06. Nazwa składowca			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2			
07. Nazwisko						
08. Imię składowcy					09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	
<b>III. INNE INFORMACJE</b>						
01. Liczba ubezpieczonych		02. Liczba pracodawców w przekroju na pełny wymiar czasu pracy <sup>1)</sup>		03. Wyniosek pracodawcy o odciążeniu składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa <sup>1), 2)</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 ubezpieczenia emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
	07. płatnika		08. płatnika		09. (p. 07 + p. 08)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
10. budżet państwa		11. budżet państwa		12. (p. 10 + p. 11)		
zł, gr		zł, gr		zł, gr		
13. PFRON <sup>2)</sup>		14. PFRON <sup>2)</sup>		15. (p. 13 + p. 14)		
zł, gr		zł, gr		zł, gr		
16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny		18. (p. 16 + p. 17)		
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	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
	22. ubezpieczonych		23. ubezpieczonych		24. (p. 22 + p. 23)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
	25. płatnika		26. płatnika		27. (p. 25)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
28. PFRON <sup>2)</sup>		29. PFRON <sup>2)</sup>		30. (p. 28 + p. 29)		
zł, gr		zł, gr		zł, gr		
30. Fundusz Kościelny		31. Fundusz Kościelny		31. (p. 30)		
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		zł, gr		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		zł, gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zł, gr		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa		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 POLAJASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

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

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

01. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika	zi, gr		
02. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny <sup>1</sup>	zi, gr		
03. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika	zi, gr		
		04. Kwota do zapłaty (p.01 - p.02)	zi, gr

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

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	zi, gr		
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	zi, gr		
		03. Kwota do zapłaty (p.01 + p.02)	zi, gr

**IX. ŁĄCZNA SUMA KWOT DO ZAPŁATY**

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

01.	zi, gr		
02.	zi, gr		
03.	zi, gr		
		04.	zi, gr

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1</sup>			
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	zi, gr		
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	zi, gr		
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	zi, gr		
		05. Informacje o przekroczeniu rocznej podłogi wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <sup>1</sup>	zi, gr

**XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Liczba kartek raportu ZUS RCA	zi, gr		
02.	zi, gr		
03. Liczba kartek raportu ZUS RZA	zi, gr		
04. Liczba kartek raportu ZUS RSA	zi, gr		
05.	zi, gr		
		06. Łączna liczba kartek raportów (p.01 + p.03 + p.04)	zi, gr
07.	zi, gr		

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 1966r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2005r. Nr 229, poz. 1954; z późn. zm.).

**XIII. ADNOTACJE ZUS**  
<sup>1</sup> Wypełnić odpowiedni kod zgodnie z instrukcją  
<sup>2</sup> 05/01/08 lub wypełnić się w dokumentach, ze skutkiem od stycznia 2008 r.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RMUA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ
--------------------------------	----------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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 / rrr)	

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	05.	06.
07. Ubezpieczonego	zł, gr	08. Ubezpieczonego	zł, gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne
11. Płatnika	zł, gr	12. Płatnika	zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe
09. Ubezpieczenia chorobowe			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
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI		zł, gr	05.	06.
07. Ubezpieczonego	zł, gr	08. Ubezpieczonego	zł, gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne
11. Płatnika	zł, gr	12. Płatnika	zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe
09. Ubezpieczenie chorobowe			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. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny	02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	zł, gr	03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego	zł, gr
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny	05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	zł, gr	06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)	zł, gr

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

01. Rodzaj świadczenia / przerwy	02. Okres od - do (dd / mm)	03.	04. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	05. Kod choroby	06. Kwota	zł, gr
----------------------------------	-----------------------------	-----	--	-----------------	-----------	--------

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS RMUA** strona: 2 **IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

07. Rodzaj świadczenia / przerwy	Okres od - do (dd / mm)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kod choroby	Kwota
08.	09.	10.	11.	12.	zł, gr
13.	14.	15.	16.	17.	zł, gr
19.	20.	21.	22.	23.	zł, gr
25.	26.	27.	28.	29.	zł, gr
31.	32.	33.	34.	35.	zł, gr
37.	38.	39.	40.	41.	zł, gr
43.	44.	45.	46.	47.	zł, gr

**VII. 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 składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

02. Kod oddziału NFZ

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_



## Załącznik nr 17

## KODY WYKORZYSTYWANE PRZY WYPEŁNIANIU DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH

- I. Kod tytułu ubezpieczenia** — składa się z 6 znaków, oznaczających:
- 1) podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem (4 znaki)
  - 2) ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty (1 znak)
  - 3) stopień niepełnosprawności (1 znak)
1. Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:
- |   |   |
|---|---|
| 01 10 — pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu   | 01 26 — pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenie w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72  |
| 01 11 — pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu  | 02 00 — osoba wykonująca pracę nakładczą  |
| 01 12 — osoba pobierająca świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia   | 02 13 — osoba wykonująca pracę nakładczą, za którą płatnik składek skorzystał z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do 01.01.2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30.06.2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r. |
| 01 13 — pracownik, za którego płatnik składek skorzystał z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92), w brzmieniu obowiązującym do 01.01.2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30.06.2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.  | 03 10 — członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną   |
| 01 20 — pracownik młodociany  | 03 20 — osoba wykonująca pracę w spółdzielni lub w gospodarstwie rolnym spółdzielni na innej podstawie niż stosunek pracy, niebędąca jej członkiem i wynagradzana według zasad obowiązujących członków spółdzielni, w tym kandydat na członka spółdzielni   |
| 01 24 — były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia   | 04 11 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy   |
| 01 25 — pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1, z późn. zm. Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 05, t. 1, str. 35), zwanego dalej „rozporządzeniem Rady (EWG) nr 574/72” | 04 12 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy   |
|   | 04 17 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu   |
|   | 04 18 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu   |

- 04 21 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy
- 04 22 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy
- 04 24 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 25 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 26 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, opłacająca składki na własne ubezpieczenie w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72
- 04 27 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72
- 04 28 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72
- 04 29 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72
- 05 10 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa 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 11 — osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność
- 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 13 — osoba niepełnosprawna, która po raz pierwszy podjęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej i skorzystała z dofinansowania 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, w brzmieniu obowiązującym do 01.01.2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30.06.2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.
- 05 20 — twórca
- 05 30 — artysta
- 05 40 — osoba prowadząca działalność w zakresie wolnego zawodu
- 05 43 — wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej
- 05 44 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 05 45 — osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 05 70 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa 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
- 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

- 06 10 — poseł lub senator pobierający uposażenie
- 07 10 — stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 07 20 — stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniom społecznym
- 08 00 — osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania
- 09 10 — osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych oraz osoba pobierająca świadczenia integracyjne
- 09 11 — osoba bezrobotna niepobierająca zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium
- 09 20 — osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które została skierowana przez powiatowy urząd pracy lub inny niż powiatowy urząd pracy podmiot kierujący
- 09 40 — osoba zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne
- 09 41 — osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, zamieszkała w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)
- 10 10 — duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
- 10 11 — duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy oraz od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru, należną za okres do dnia 31 marca 2004 r.
- 10 12 — duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru
- 10 20 — duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurowego lub misjonarzem, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
- 10 40 — alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta, juniorysta przed ukończeniem 25. roku życia objęty dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi
- 10 50 — alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 11 10 — żołnierz niezawodowy w służbie czynnej
- 11 11 — osoba odbywająca służbę zastępczą
- 11 12 — osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową
- 11 13 — osoba odbywająca okresową służbę wojskową
- 11 14 — funkcjonariusz w służbie kandydackiej oraz kandydat na żołnierza zawodowego
- 11 20 — żołnierz zawodowy
- 11 30 — funkcjonariusz Policji
- 11 31 — funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu
- 11 32 — funkcjonariusz Straży Granicznej
- 11 33 — funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej
- 11 34 — funkcjonariusz Służby Celnej
- 11 35 — funkcjonariusz Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego albo Biura Ochrony Rządu
- 11 40 — funkcjonariusz Służby Więziennej
- 11 50 — osoba w stanie spoczynku pobierająca uposażenie
- 11 51 — osoba pobierająca uposażenie rodzinne
- 11 52 — osoba pobierająca uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężne o takim samym charakterze
- 11 53 — żołnierz lub funkcjonariusz, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w związku ze zwolnieniem ze służby lub utratą prawa do emerytury bądź renty
- 12 11 — osoba przebywająca na urlopie wychowawczym
- 12 40 — osoba pobierająca zasiłek macierzyński
- 13 10 — osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu innego niż kolejowy
- 13 20 — osoba pobierająca zasiłek socjalny na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia
- 13 21 — osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu kolejowego
- 13 22 — osoba pobierająca świadczenie socjalne w okresie zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy
- 14 22 — świadczeniobiorca, za którego jednostka organizacyjna pomocy społecznej albo wójt, burmistrz lub prezydent miasta ma obowiązek opłacać składki



- 15 00 — małżonek pracownika skierowanego do pracy w przedstawicielstwie dyplomatycznym, urzędzie konsularnym, stałym przedstawicielstwie przy ONZ lub w innej misji specjalnej za granicą, w instytucie, ośrodku informacji kultury za granicą
- 16 10 — obywatel polski wykonujący pracę w podmiocie zagranicznym za granicą lub w podmiocie zagranicznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli podmiot nie posiada w Rzeczypospolitej Polskiej swojej siedziby ani przedstawicielstw
- 17 00 — osoba sprawująca opiekę nad członkiem rodziny spełniającym warunki do przyznania zasiłku pielęgnacyjnego, podlegająca dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym
- 18 10 — student, uczestnik studiów doktoranckich lub osoba odbywająca staż adaptacyjny, podlegający dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym
- 18 11 — student lub uczestnik studiów doktoranckich, za którego szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie jest zobowiązana do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne
- 18 30 — słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej
- 19 00 — osoba kontynuująca ubezpieczenia emerytalne i rentowe
- 20 10 — sędzia
- 20 20 — prokurator, ławnik sądowy, aplikant Krajowego Centrum Szkolenia Kadr Sądów Powszechnych i Prokuratury
- 20 30 — sędzia lub prokurator, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku służbowego
- 21 10 — dziecko lub uczeń niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
- 21 20 — słuchacz zakładu kształcenia nauczycieli niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
- 22 10 — kombatan, za którego składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek opłacać Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych
- 22 30 — osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu
- 22 40 — członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 24 10 — osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub wolontariusz, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, za którego składkę na ubezpieczenie zdrowotne dobrowolnie finansuje korzystający, o którym mowa w przepisach o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie
- 25 00 — emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę
- 25 01 — emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę
- 25 10 — emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa
- 25 11 — emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa
- 30 00 — osoba, za którą należy rozliczyć i opłacić składki lub należne świadczenia w dokumentach rozliczeniowych składanych nie wcześniej niż za następny miesiąc, po ustaniu tytułu do ubezpieczeń
- 50 00 — inny tytuł do ubezpieczeń
2. Ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty:
- 0 — osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty
- 1 — osoba, która ma ustalone prawo do emerytury
- 2 — osoba, która ma ustalone prawo do renty
3. Stopień niepełnosprawności:
- 0 — osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi składek
- 1 — osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
- 2 — osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- 3 — osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- 4 — osoba, która przedłożyła płatnikowi orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia

**II. Kod stopnia pokrewieństwa/powinowactwa** — składa się z 2 znaków:

- 01 — małżonek
- 11 — dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka
- 21 — wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej
- 30 — matka
- 31 — ojciec
- 32 — macocha
- 33 — ojczym
- 40 — babka
- 41 — dziadek
- 50 — osoby przysposabiające osoby ubezpieczone
- 60 — inni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

**III. Kod wykonywanego zawodu** — składa się z 6 znaków, zawartych w „Klasyfikacji zawodów i specjalności”, stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 265, poz. 2644 oraz z 2007 r. Nr 106, poz. 728)**IV. Kod pracy w szczególnych warunkach** ma postać:

- 1) 5 pierwszych znaków jest zgodne z załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43, z późn. zm.), z których:
  - w polu pierwszym wpisujemy nazwę wykazu (A lub B)
  - dwa następne znaki to numer działu w wykazie podany cyframi arabskimi
  - dwa znaki dalsze to numer rodzaju pracy w dziale
- 2) 6 i 7 znak to kod dotychczasowych przepisów zarządzeń i uchwał resortowych według następującej listy:
  - 01 — Zarządzenie nr 9 Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z dnia 1 lipca 1983 r.
  - 02 — Zarządzenie nr 9 Ministra Budownictwa i Przemysłu Materiałów Budowlanych z dnia 1 sierpnia 1983 r.
  - 03 — Zarządzenie nr 41 Ministra Finansów z dnia 17 maja 1985 r.
  - 04 — Zarządzenie nr 17 Ministra Górnictwa i Energetyki z dnia 12 sierpnia 1983 r.
  - 05 — Zarządzenie nr 19 Ministra Handlu Wewnętrznego i Usług z dnia 10 listopada 1986 r.

- 06 — Zarządzenie nr 3 Ministra Hutnictwa i Przemysłu Maszynowego z dnia 30 marca 1985 r.
- 07 — Zarządzenie nr 64 Ministra Komunikacji z dnia 29 czerwca 1983 r.
- 08 — Zarządzenie nr 50 Ministra Handlu Zagranicznego z dnia 13 grudnia 1983 r.
- 09 — Zarządzenie nr 26 Ministra Kultury i Sztuki z dnia 1 lipca 1983 r.
- 10 — Zarządzenie nr 33 Ministra Łączności z dnia 16 maja 1983 r.
- 11 — Zarządzenie nr 28 Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 30 lipca 1986 r.
- 12 — Zarządzenie nr 37 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 25 października 1983 r.
- 13 — Zarządzenie nr 48 Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 września 1983 r.
- 14 — Zarządzenie nr DK 4-1000-1/84 Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 15 czerwca 1984 r.
- 15 — Zarządzenie nr 16 Ministra Rolnictwa, Leśnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 31 marca 1988 r.
- 16 — Zarządzenie nr 11/86 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 marca 1986 r.
- 17 — Zarządzenie nr 51/83/CZZK Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 października 1983 r.
- 18 — Zarządzenie nr 7 Ministra Przemysłu Chemicznego i Lekkiego z dnia 7 lipca 1987 r.
- 19 — Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lipca 1983 r.
- 20 — Zarządzenie nr 9 Ministra Gospodarki Materiałowej z dnia 31 maja 1983 r.
- 21 — Zarządzenie nr 9 Prezesa Centralnego Urzędu Geologii z dnia 4 lipca 1983 r.
- 22 — Zarządzenie nr 11 Przewodniczącego Komitetu do Spraw Młodzieży i Kultury Fizycznej z dnia 1 lipca 1988 r.
- 23 — Zarządzenie nr 24 Ministra — Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15 sierpnia 1983 r.
- 24 — Zarządzenie nr 24 Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacji, Norm i Jakości z dnia 6 czerwca 1983 r.
- 25 — Uchwała nr 64/83 Zarządu Głównego Centralnego Związku Spółdzielni Rolniczych „Samopomoc Chłopska” z dnia 25 lipca 1983 r.
- 26 — Uchwała nr 184 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Budownictwa Mieszkaniowego z dnia 20 maja 1983 r.
- 27 — Uchwała nr 80/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielczości Pracy z dnia 30 czerwca 1983 r.

- 28 — Uchwała nr 38 Zarządu „Spotem” Centralnego Związku Spółdzielni Spożywców z dnia 11 lipca 1983 r.
- 29 — Uchwała nr 106 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Inwalidów z dnia 20 lipca 1983 r.
- 30 — Uchwała nr 16/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Mleczarskich z dnia 27 czerwca 1983 r.
- 31 — Uchwała nr 14/84 Zarządu Centrali i Spółdzielni Ogrodniczych i Pszczelarskich z dnia 23 marca 1984 r.
- 32 — Zarządzenie nr 21 Prezesa Robotniczej Spółdzielni Wydawniczej „Prasa — Książka — Ruch” z dnia 21 października 1983 r.
- 33 — Uchwała nr 41/83 Zarządu Głównego Związku Zakładów Doskonalenia Zawodowego z dnia 28 września 1983 r.
- 34 — Zarządzenie nr 47 Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 17 czerwca 1983 r.
- 35 — Zarządzenie nr 20 Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk z dnia 16 czerwca 1983 r.
- 36 — Zarządzenie nr 12/83 Naczelnego Redaktora Polskiej Agencji Prasowej PAP z dnia 31 maja 1983 r.
- 37 — Uchwała nr 22 Zarządu „Cepelii” Centralnego Związku Spółdzielni Rękodzieła Ludowego i Artystycznego z dnia 1 czerwca 1983 r.
- 38 — Zarządzenie Prezesa Narodowego Banku Polskiego z dnia 17 maja 1983 r. (zmienione zarządzeniem Prezesa Narodowego Banku Polskiego nr 5/87 z dnia 7 października 1987 r. i nr 1/90 z dnia 1 sierpnia 1990 r.)
- 39 — Uchwała nr 62 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Niewidomych z dnia 15 lipca 1983 r.
- 40 — Zarządzenie nr 24 Przewodniczącego Komitetu do spraw Radia i Telewizji „Polskie Radio i Telewizja” z dnia 15 lipca 1988 r.
- 41 — Uchwała Prezydium Zarządu Stowarzyszenia „PAX” z dnia 28 grudnia 1983 r.
- 42 — Uchwała nr 19/84 Zarządu Centralnego Związku Budowlanych Spółdzielni Pracy z dnia 24 kwietnia 1984 r.
- 43 — Uchwała nr XXVIII/193/84 Zarządu Centralnego Związku Rolniczych Spółdzielni Produkcyjnych z dnia 15 marca 1984 r.
- 44 — Zarządzenie nr 17 Ministra — Kierownika Urzędu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej z dnia 2 sierpnia 1985 r.
- 45 — Zarządzenie nr 1/89 Ministra — Kierownika Urzędu do Spraw Wyznań z dnia 6 stycznia 1989 r.

46 — Uchwała nr 24 Zarządu Krajowego Związku Rolników, Kótek i Organizacji Rolniczych z dnia 14 czerwca 1983 r.

47 — Zarządzenie nr 2 Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z dnia 20 lutego 1989 r.

- 3) 8 i 9 znak jest to numer określający stanowisko pracy jako punkt w pozycji rodzaj pracy — określony w wykazie szczegółowym stanowiącym załącznik do zarządzenia resortowego, stosowanego przez płatnika składek na podstawie odrębnych przepisów.

#### V. Kod pracy w szczególnym charakterze

Przy ustalaniu tego kodu nie stosuje się systemu oznaczeń określonego dla kodów wykorzystujących układ wykazów A i B z załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze i zarządzeń resortowych.

Kod ten składa się z 9 znaków:

000320301 — pracownik organów kontroli państwowej

000320302 — pracownik organów administracji celnej

pracownik /ubezpieczony/ wykonujący działalność twórczą lub artystyczną:

032030301 — tancerz

032030302 — akrobata

032030303 — gimnastyk

032030304 — ekwilibrysta

032030305 — kaskader

032030306 — solista wokalista

032030307 — muzyk grający na instrumentach dętych

032030308 — treser zwierząt drapieżnych

032030309 — artysta chóru

032030310 — żongler

032030311 — komik cyrkowy

032030312 — aktor teatru lalek

032030313 — aktorka

032030314 — dyrygentka

032030315 — muzyk grający na instrumentach smyczkowych

032030316 — muzyk grający na instrumentach perkusyjnych

032030317 — muzyk grający na instrumentach klawiszowych

032030318 — operator obrazu filmowego

032030319 — fotografik

000320304 — dziennikarz zatrudniony w redakcjach dzienników, czasopism, w radiu, telewizji oraz w agencjach prasowych, informacyjnych, publicystycznych albo fotograficznych objęty układem pracy dziennikarzy

000320305 — nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny wykonujący pracę nauczycielską, o której mowa w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. — Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674, z późn. zm.)

000320307 — pracownik jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 pkt 1a—5 i 8 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1229, z późn. zm.)

#### VI. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia składa się z trzech znaków:

01R — Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu

02R — Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy

03R — Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie

04R — Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

05R — Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi

06R — Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie

07R — Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie

08R — Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu

09R — Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie

10R — Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku

11R — Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku

12R — Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach

13R — Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach

14R — Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie

15R — Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu

16R — Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

#### VII. Kod stopnia niepełnosprawności:

0 — osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności

1 — osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności

2 — osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

3 — osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

4 — osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia

#### VIII. Kod przyczyny wyrejestrowania ubezpieczonego — składa się z 3 znaków:

100 — ustanie tytułu do ubezpieczeń/ubezpieczenia

500 — zgon osoby ubezpieczonej

600 — inna przyczyna wyrejestrowania

#### IX. Kod rodzaju uprawnienia — składa się z 2 znaków:

11 — wpis do ewidencji, na listę lub do rejestru

31 — koncesja

32 — zezwolenie

34 — decyzja

40 — uprawnienie inne niż wymienione wyżej

#### X. Kod przyczyny wyrejestrowania płatnika — składa się z 3 znaków:

111 — zaprzestanie prowadzenia działalności

115 — postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego

117 — zgon płatnika składek

211 — wykreślenie z rejestru, ewidencji lub skreślenie z listy

311 — decyzja właściwego organu o likwidacji płatnika składek będącego jednostką sektora finansów publicznych

350 — wyrejestrowanie z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą płatnik miał obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych

600 — inna przyczyna wyrejestrowania

#### XI. Typ identyfikatora:

P — PESEL

N — NIP

R — REGON

1 — dowód osobisty

2 — paszport

#### XII. Kod świadczenia/przerwy — składa się z trzech znaków:

1. Przerwa w opłacaniu składek:

111 — urlop bezpłatny

121 — urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 1 Kodeksu pracy

122 — urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 2 Kodeksu pracy

151 — okres usprawiedliwionej nieobecności w pracy, bez prawa do wynagrodzenia lub zasiłku

152 — okres nieusprawiedliwionej nieobecności w pracy

**2. Rodzaj świadczenia:**

- 212 — zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego
- 214 — zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia wypadkowego
- 215 — wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia chorobowego
- 216 — wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia wypadkowego

**3. Rodzaj świadczenia i przerwy:**

- 311 — zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego
- 312 — zasiłek opiekuńczy z ubezpieczenia chorobowego
- 313 — zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego
- 314 — zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego
- 315 — wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego
- 316 — wyrównanie zasiłku opiekuńczego z ubezpieczenia chorobowego
- 317 — wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego
- 318 — wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego
- 321 — świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego
- 322 — świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego
- 323 — wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego
- 324 — wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego
- 331 — wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków pracodawcy
- 332 — wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
- 335 — wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków pracodawcy
- 336 — wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
- 350 — inne świadczenia/przerwy

**XIII. Kod choroby** — składa się z 1 znaku literowego, a w przypadku zbiegu chorób kod ma postać X/X. Wpisany na formularze kod choroby powinien mieć postać zgodną z podaną na zaświadczeniu

lekarskim ZUS ZLA (kod zgodny z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10).

**XIV. Kod terminu przesyłania deklaracji i raportów:**

- 1 — dla deklaracji składanych do 5. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni
- 2 — dla deklaracji składanych do 10. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni
- 3 — dla deklaracji składanych do 15. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni (kodu nie stosują płatnicy, dla których ma zastosowanie kod „4”)
- 4 — dla deklaracji składanych do 15. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni przez współników spółek (jednoosobowych z ograniczoną odpowiedzialnością, cywilnych, jawnych, komandytowych, partnerskich), którzy opłacają składki wyłącznie za siebie, natomiast spółka zatrudnia pracowników lub inne osoby, podlegające z tego tytułu ubezpieczeniom, oraz przez osoby podlegające dobrowolnie ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 5 — dla deklaracji składanych za sędziów, prokuratorów, żołnierzy lub funkcjonariuszy, za których jest obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne.

**XV. Kod informacji o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe:**

- 1 — w przypadku, gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał ubezpieczony
- 2 — w przypadku, gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał płatnik składek
- 3 — w przypadku, gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

**XVI. Kody numerów identyfikatorów deklaracji rozliczeniowych i imiennego raportu miesięcznego:**

- 1) 01 — dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
- 02—39 włącznie — dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- 2) w przypadku:
  - a) powiatowych urzędów pracy, za bezrobotnych, osoby pobierające świadczenie integracyjne oraz osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez powiatowy urząd pracy,
  - b) wojskowych biur emerytalnych, Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Biura Emerytalnego Służby Więziennej, za emerytów i rencistów,

- c) jednostek organizacyjnych pomocy społecznej albo wójtów, burmistrzów i prezydentów miast, za osoby pobierające świadczenia rodzinne oraz za osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej, za które opłacane są składki,
- d) banków rozliczających składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dokonywania wypłaty emerytury lub renty z zagranicy,
- e) innych podmiotów rozliczających składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dokonywania wypłat emerytury lub renty z zagranicy,
- f) instytucji rozliczającej składki na ubezpieczenie zdrowotne, dokonującej wypłaty renty strukturalnej zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych i przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji Gwarancji Rolnej oraz przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
- 51 — dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
- 52—69 włącznie — dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- 3) w przypadku ZUS za emerytów i rencistów oraz osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne:
- 51 — dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,
- 52—89 włącznie — dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- 4) w przypadku sędziów, prokuratorów, żołnierzy lub funkcjonariuszy, za których powstał obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne:
- 70 — dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,
- 71—79 włącznie — dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- 5) w przypadku deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego za dany miesiąc kalendarzowy, składanych przez syndyka upadłości za okres od dnia ogłoszenia upadłości:
- 80 — dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
- 81—89 włącznie — dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- 6) w przypadku płatników składek opłacających składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, składających za dany miesiąc więcej niż jedną deklarację rozliczeniową z różnymi kodami tytułu ubezpieczenia:
- 01 — dla pierwszej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,
- 02—39 włącznie — dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 01
- 40 — dla drugiej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,
- 41—49 włącznie — dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 40
- 51 — dla trzeciej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,
- 52—69 włącznie — dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 51.
- Numer imiennego raportu miesięcznego powinien być zgodny z numerem deklaracji rozliczeniowej, do której jest dołączony.