

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

04. Rodzaj dokumentu

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko

07. Imię pierwsze

08. Nazwa skrócona

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Tytuł ubezpieczenia (pierwszy)

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

03. Wymiar czasu pracy

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

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05. KWOTA SKŁADKI PRZEZ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07. Ubezpieczonego	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
08. Ubezpieczonego	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
11. Płatnika	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
12. Płatnika	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	<input type="text"/>

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Łączna kwota
wypłaconych zasiłków

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

01. Rodzaj świadczenia / przerwy

02.	Okres od - do (dd / mm / rrrr)	03.	Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	04.	05.	Kwota
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Numer PESEL¹⁾

04. Numer NIP

05. Typ identyfikatora

06. Identyfikator

INNY
NUMER

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

06. Rodzaj świadczenia / przerwy

07. Okres od - do (dd / mm / rrrr) Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat Kwota zł gr

11. Rodzaj świadczenia / przerwy

12. Okres od - do (dd / mm / rrrr) Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat Kwota zł gr

16. Rodzaj świadczenia / przerwy

17. Okres od - do (dd / mm / rrrr) Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat Kwota zł gr

21. Rodzaj świadczenia / przerwy

22. Okres od - do (dd / mm / rrrr) Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat Kwota zł gr

26. Rodzaj świadczenia / przerwy

27. Okres od - do (dd / mm / rrrr) Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat Kwota zł gr

31. Rodzaj świadczenia / przerwy

32. Okres od - do (dd / mm / rrrr) Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat Kwota zł gr

36. Rodzaj świadczenia / przerwy

37. Okres od - do (dd / mm / rrrr) Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat Kwota zł gr

VII OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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

02. Kod oddziału NFZ

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