

## I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator informacji (numer/mm/rrrr)

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP

02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>04. Rodzaj dokumentu:  
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,  
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko

07. Imię pierwsze

08. Nazwa skrócona

09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

## III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

## III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod NFZ

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

04. Wymiar czasu

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ubezpieczonych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08. płatnika	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. budżet państwa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. PFRON <sup>2)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09. ubezpieczonych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. płatnika	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. budżet państwa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. PFRON <sup>2)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25. Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. ubezpieczonych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. płatnika	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. budżet państwa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22. PFRON <sup>2)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26. Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. ubezpieczonych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. płatnika	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. budżet państwa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23. PFRON <sup>2)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27. Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika

04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny

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

01. Kod świadczenia/przerwy

02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)

03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat

04. Kwota

## IV. 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 składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>2)</sup> Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres złożonej nie później niż do 30 czerwca 2008 r.