

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"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>			<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"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>			<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. 04. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat 05. Kwota

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