

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona: 1
--------------------------------	---------	-----------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) ¹⁾		02. Numer kartki raportu RZA	
---	--	------------------------------	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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)	

III. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	
02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki	zł, gr
--	------------------------------	--------	-------------------	--------

IV. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	
02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator

IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki	zł, gr
--	------------------------------	--------	-------------------	--------

V. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	
02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator

V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki	zł, gr
--	------------------------------	--------	-------------------	--------

VI. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	
02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator

VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki	zł, gr
--	------------------------------	--------	-------------------	--------

VII. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	
02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator

VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki	zł, gr
--	------------------------------	--------	-------------------	--------

03. Suma kwot na stronie
(p. III.B.03 + p. IV. B.03 + p. V.B.03 + p. VI.B.03 + p. VII.B.03)

zł, gr

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator	

VIII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki	zł, gr

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator	

IX. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki	zł, gr

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator	

X. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki	zł, gr

XI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

XI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator	

XI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki	zł, gr

XII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

XII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator	

XII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki	zł, gr

03. Suma kwot na stronie
(p. VIII.B.03 + p. IX.B.03 + p. X.B.03 + p. XI.B.03 + p. XII.B.03)

zł, gr

XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

--

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

04. Pieczęć płatnika

03. Pieczęć imienna oraz podpis Głównego Księgowego

XIV. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.