

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

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 / rrrr)

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	zł, gr	05. zł, gr	06. 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	KWOTA SKŁADKI NA:
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki 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	zł, gr	05. zł, gr	06. 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	KWOTA SKŁADKI NA:
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki 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

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. 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. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

04. Kod choroby

05. Kwota

06. zł, gr

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

VI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBEJ 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.		
						zł, gr
13.						zł, gr
19.						zł, gr
25.						zł, gr
31.						zł, gr
37.						zł, gr
43.						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 świadomy(a) 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 / rrrr)

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

02. Kod oddziału NFZ

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

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

