

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
-----------------------------------	---------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

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

04. Identyfikator

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu
ubezpieczenia

02. Podstawa
wymiaru składki

03. Kwota składki

IV. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu
ubezpieczenia

02. Podstawa
wymiaru składki

03. Kwota składki

V. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu
ubezpieczenia

02. Podstawa
wymiaru składki

03. Kwota składki

VI. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu
ubezpieczenia

02. Podstawa
wymiaru składki

03. Kwota składki

VII. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu
ubezpieczenia

02. Podstawa
wymiaru składki

03. Kwota składki

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. Nazwisko
02. Imię pierwsze
03. Typ 04. Identyfikator

VIII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Podstawa wymiaru składki 03. Kwota składki

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. Nazwisko
02. Imię pierwsze
03. Typ 04. Identyfikator

IX. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Podstawa wymiaru składki 03. Kwota składki

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. Nazwisko
02. Imię pierwsze
03. Typ 04. Identyfikator

X. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Podstawa wymiaru składki 03. Kwota składki

XI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. Nazwisko
02. Imię pierwsze
03. Typ 04. Identyfikator

XI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Podstawa wymiaru składki 03. Kwota składki

XII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. Nazwisko
02. Imię pierwsze
03. Typ 04. Identyfikator

XII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Podstawa wymiaru składki 03. Kwota składki

XIII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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 lub osoby upoważnionej
03. Pieczęć płatnika

XIV. ADNOTACJE ZUS

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