

I. DANE ORGANIZACYJNE
01. Identyfikator raportu (numer / mm / mm)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. _____	05. _____	06. _____	07. _____
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	14. Ubezpieczenie zdrowotne
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	

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
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. _____	05. _____	06. _____	07. _____
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	14. Ubezpieczenie zdrowotne
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Łączna kwota wypłaconych zasiłków: _____

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 / rrrr): _____ 03. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat: _____ 04. 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

05. Rodzaj świadczenia / przerwy

07.	Okres od - do (dd / mm / rrrr)	08.	Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	09.	Kwota	10.
						zł gr

11. Rodzaj świadczenia / przerwy

12.	Okres od - do (dd / mm / rrrr)	13.	Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	14.	Kwota	15.
						zł gr

16. Rodzaj świadczenia / przerwy

17.	Okres od - do (dd / mm / rrrr)	18.	Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	19.	Kwota	20.
						zł gr

21. Rodzaj świadczenia / przerwy

22.	Okres od - do (dd / mm / rrrr)	23.	Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	24.	Kwota	25.
						zł gr

26. Rodzaj świadczenia / przerwy

27.	Okres od - do (dd / mm / rrrr)	28.	Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	29.	Kwota	30.
						zł gr

31. Rodzaj świadczenia / przerwy

32.	Okres od - do (dd / mm / rrrr)	33.	Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	34.	Kwota	35.
						zł gr

36. Rodzaj świadczenia / przerwy

37.	Okres od - do (dd / mm / rrrr)	38.	Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	39.	Kwota	40.
						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(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdę 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