

ZARZĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZSWA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE
-----------------------------------	----------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator zgłoszenia	02. Data nadania (dd / mm / rrr)	03. Nalepka "R"
------------------------------	----------------------------------	-----------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGION	
03. Numer PESEL ¹⁾	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 / rrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)		
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Numer NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

III. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 03. Od (dd / mm / rrr)	04. Do (dd / mm / rrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 07. Od (dd / mm / rrr)	08. Do (dd / mm / rrr)	09. Wymiar czasu pracy	
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 11. Od (dd / mm / rrr)	12. Do (dd / mm / rrr)	13. Wymiar czasu pracy	
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 15. Od (dd / mm / rrr)	16. Do (dd / mm / rrr)	17. Wymiar czasu pracy	

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)		
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Numer NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

IV. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 03. Od (dd / mm / rrr)	04. Do (dd / mm / rrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 07. Od (dd / mm / rrr)	08. Do (dd / mm / rrr)	09. Wymiar czasu pracy	
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 11. Od (dd / mm / rrr)	12. Do (dd / mm / rrr)	13. Wymiar czasu pracy	
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 15. Od (dd / mm / rrr)	16. Do (dd / mm / rrr)	17. Wymiar czasu pracy	

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZSWA	strona: 2	ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE
-----------------------------------	----------	-----------	---

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)		
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Numer NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			

V. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze			03. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	07. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 07. Od (dd / mm / rrrr)			08. Do (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar czasu pracy	
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	11. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 11. Od (dd / mm / rrrr)			12. Do (dd / mm / rrrr)	13. Wymiar czasu pracy	
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	15. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 15. Od (dd / mm / rrrr)			16. Do (dd / mm / rrrr)	17. Wymiar czasu pracy	

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)		
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Numer NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			

VI. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze			03. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	07. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 07. Od (dd / mm / rrrr)			08. Do (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar czasu pracy	
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	11. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 11. Od (dd / mm / rrrr)			12. Do (dd / mm / rrrr)	13. Wymiar czasu pracy	
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	15. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 15. Od (dd / mm / rrrr)			16. Do (dd / mm / rrrr)	17. Wymiar czasu pracy	

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 nieprawdy lub zatajenie prawdy

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika
--	----------------------

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.