

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

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

V. 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	07. Od (dd / mm / rrr) - 08. Do (dd / mm / rrr)	09. Wymiar czasu pracy	
10. Kod 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	15. Od (dd / mm / rrr) - 16. Do (dd / mm / rrr)	17. Wymiar czasu pracy	

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

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

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

VI. 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	07. Od (dd / mm / rrr) - 08. Do (dd / mm / rrr)	09. Wymiar czasu pracy	
10. Kod 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	15. Od (dd / mm / rrr) - 16. Do (dd / mm / rrr)	17. Wymiar czasu pracy	

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

VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

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

VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

VIII. ADNOTACJE ZUS

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