

PLATNIK WYPELNI POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RSA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK
--------------------------------	---------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE	01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)			
	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON	
	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 / rrrr)	
	III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	01. Nazwisko		
		02. Imię pierwsze	03. Typ	04. Identyfikator
III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ	01. Kod tytułu ubezpieczenia			
	02. Kod świadczenia / przerwy			
III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
	06. Kwota	zł, gr		
	IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze	03. Typ	04. Identyfikator	
	IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ		
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy		
IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
	06. Kwota	zł, gr		
	V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze	03. Typ	04. Identyfikator	
	V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ		
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy		
V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
	06. Kwota	zł, gr		
	VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze	03. Typ	04. Identyfikator	
	VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ		
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy		
VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
	06. Kwota	zł, gr		

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RSA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK
-----------------------------------	-----	-----	-----------	--

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

Okres -

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VIII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

Okres -

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IX. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

Okres -

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

X. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

Okres -

XI. 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
--	----------------------

XII. ADNOTACJE ZUS

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