

Nazwa kwalifikacji: **Rozliczanie wynagrodzeń i danin publicznych**

Oznaczenie kwalifikacji: **A.65**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

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

**A.65-01-16.08**

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

## **EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**

**Rok 2016**

### **CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

#### **Instrukcja dla zdającego**

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na **KARCIE OCENY** w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
  - swój numer PESEL\*,
  - oznaczenie kwalifikacji,
  - numer zadania,
  - numer stanowiska.
3. **KARTEŃ OCENY** przekaz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 10 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
5. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
7. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
8. Jeżeli w zadaniu egzaminacyjnym występuje polecenie „zgłoś gotowość do oceny przez podniesienie ręki”, to zastosuj się do polecenia i poczekaj na decyzję przewodniczącego zespołu nadzorującego.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
10. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

***Powodzenia!***

\* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

## Zadanie egzaminacyjne

Piotr Kowalczyk prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług projektowania i aranżacji wnętrz.

Wykonaj prace dla Studia Architektury KURPIE Piotr Kowalczyk:

1. Sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego:
  - *Umowę o pracę* nr 1/2016 dla pracownicy Alicji Jeremko,
  - *Listę płac* za sierpień 2016 r. dla pracownicy Alicji Jeremko (jeśli korzystasz z programu *Symfonia*, wydrukuj listę płac rozbudowaną),
  - *Polecenie przelewu* do ZUS składek na ubezpieczenia społeczne pracownicy i właściciela za sierpień 2016 r. (data sporządzenia polecenia przelewu: 15 września 2016 r.).
2. Wypełnij formularze:
  - *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla pracownicy Alicji Jeremko za sierpień 2016 r.,
  - *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłaceniu składek* dla pracownicy Alicji Jeremko za sierpień 2016 r.

Formularze wypełnij w arkuszu egzaminacyjnym z datą 15 września 2016 r.

Wykonaj zadanie na stanowisku egzaminacyjnym wyposażonym w komputer z zainstalowanym programem kadrowo-płacowym podłączony do drukarki sieciowej.

### **Prace z programem kadrowo-płacowym rozpocznij od:**

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Studia Architektury KURPIE Piotr Kowalczyk,
- wprowadzenia swojego numeru PESEL pod nazwą Studio Architektury KURPIE Piotr Kowalczyk,
- ustawienia parametrów płacowych programu niezbędnych do wykonania zadania,
- wprowadzenia danych właściciela (wspólnika) Piotra Kowalczyka,
- wprowadzenia danych pracownicy Alicji Jeremko do ewidencji osobowej.

**Dane identyfikacyjne – Studio Architektury KURPIE Piotr Kowalczyk  
oraz parametry programu kadrowo-płacowego**

Nazwa skrócona		KURPIE
Nazwa pełna		Studio Architektury KURPIE Piotr Kowalczyk <b>wpisz swój numer PESEL</b>
NIP		5671024533
REGON		146852939
Adres siedziby		ul. Wiklinowa 2, 06-400 Ciechanów
Gmina/Powiat		Ciechanów
Województwo		mazowieckie
Podstawowy rachunek bankowy		rachunek bieżący 32 1140 2004 0000 3902 7488 4251 mBank S.A. w Łodzi
Stan początkowy konta		30 000,00 zł
Urząd skarbowy	Symbol	US
	Nazwa	Urząd Skarbowy w Ciechanowie
	Kod US	1403
	Adres	ul. Warszawska 58, 06-400 Ciechanów
	Konto bankowe podatek PIT	32 1010 1010 0070 5422 2300 0000 NBP O/Okr. w Warszawie
Forma prawna		jednoosobowa działalność gospodarcza
Osoba fizyczna do deklaracji/wspólnik		Piotr Kowalczyk <b>obok imienia wpisz swój numer PESEL</b>
Typ prowadzonej działalności		pozarolnicza działalność gospodarcza
Rodzaj prowadzonej działalności		usługowa
Rok rozpoczęcia pracy		2016
Miesiąc pierwszej wypłaty		sierpień 2016 r.
Zasiłki wypłacane przez		ZUS
Dzień przekazania składek ZUS		15 dzień następnego miesiąca
Imię i nazwisko szefa		Piotr Kowalczyk/Identyfikator: PK – osoba upoważniona do podpisywania dokumentów

**Dane identyfikacyjne właściciela/wspólnika  
oraz parametry programu kadrowo-płacowego**

Imię i nazwisko	Piotr Kowalczyk
Data i miejsce urodzenia	26.10.1966 r., Olsztyn
PESEL	66102600313
NIP	5671024533
Adres zamieszkania	ul. Graniczna 12, 06-400 Ciechanów
Gmina/Powiat	Ciechanów
Województwo	mazowieckie
Udział w firmie	100%
Urząd Skarbowy	Urząd Skarbowy w Ciechanowie
Rachunek bankowy	numer: 32 1140 2004 0000 3902 7488 4251 nazwa banku: mBank S.A. w Łodzi
Naliczanie składek na ubezpieczenia	Prowadzona działalność gospodarcza jest jedynym tytułem do ubezpieczeń. Przedsiębiorca jest zgłoszony do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.
Sposób rozliczania PIT	podatek progresywny zaliczka wpłacana miesięcznie
Typ i numer identyfikatora ZUS	P-PESEL
Kod tytułu ubezpieczenia	05 10 0 0
Deklaracje ZUS	generuj RCA
Oddział NFZ	07R mazowiecki
Data przystąpienia do NFZ	01.08.2016 r.
Zakład Ubezpieczeń Społecznych Inspektorat w Ciechanowie	ul. Rzeczkowska 8, 06-400 Ciechanów
Numer rachunku bankowego w ZUS dla składek na ubezpieczenia społeczne	83 1010 1023 0000 2613 9510 0000

## Dane pracownicy potrzebne do sporządzenia ewidencji osobowej, umowy o pracę i listy płac

Imię i nazwisko		Alicja Jeremko
PESEL		75102410826
Data i miejsce urodzenia		24.10.1975 r., Ciechanów
Stan cywilny		mężatka
Imię ojca		Zbigniew
Imię i nazwisko rodowe matki		Elżbieta Rostek
Dowód osobisty	Numer	AGJ 234560
	Data wydania	20.05.2010 r.
	Wydany przez	Burmistrz Miasta Ciechanowa
Adres zamieszkania		ul. Orylska 3, 06-400 Ciechanów
Gmina/Powiat		Ciechanów
Filar ZUS		I i II filar
Urząd skarbowy		Urząd Skarbowy w Ciechanowie
Oddział NFZ		07R mazowiecki
Data przystąpienia do NFZ		01.08.2016 r.
Wykształcenie		– wyższe – magister inżynier architekt
Miejsce poprzedniego zatrudnienia		Biuro Projektów Budownictwa sp. z o.o. we Wrocławiu od 10.10.2007 r. do 31.07.2016 r.
Zestaw płacowy		administracja
Data zawarcia umowy i dzień rozpoczęcia pracy		01.08.2016 r.
Rodzaj umowy		umowa o pracę na czas określony od 01.08.2016 r. do 31.08.2017 r.
Dział		Biuro Projektów
Stanowisko		architekt
Czas pracy		1/1 (pełen etat)
Składniki wynagrodzenia		podstawa miesięczna 4 200,00 zł
Kod tytułu ubezpieczenia		01 10 0 0
Generowany raport ZUS		RCA
Koszty uzyskania przychodu		odliczać 111,25 zł
Uprawnienie do ulgi podatkowej		pracownica złożyła pracodawcy oświadczenie PIT-2
Inne warunki		wypłata wynagrodzenia za miesiąc ostatniego dnia miesiąca
Ewidencja czasu pracy		– w okresie od 16 do 20 sierpnia 2016 r. pracownica była niezdolna do pracy z powodu choroby i przedstawiła zwolnienie lekarskie o numerze ZUS ZLA BJ 1205511 – kod świadczenia/przerwy 331 – naliczane chorobowe 80% – zgodnie ze świadectwem pracy z poprzedniego miejsca pracy jest to pierwsza niezdolność pracownicy do pracy w tym roku

### Składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP, FGŚP w 2016 r.

Rodzaj ubezpieczenia		emerytalne	rentowe	chorobowe	wypadkowe	zdrowotne	FP	FGŚP
Składki finansowane przez	pracownika	9,76%	1,5%	2,45%	-	9%	-	-
	pracodawcę	9,76%	6,5%	-	1,80%	-	2,45%	0,10%

### Składki ZUS przedsiębiorców obowiązujące w 2016 r.

Podstawa wymiaru składek na			Składki ZUS za kwiecień – grudzień 2016 r.					
ubezpieczenia społeczne	ubezpieczenie zdrowotne	Fundusz Pracy	Konto 83..1 bez chorobowego	Konto 83..1 z chorobowym	Konto 78..2	Konto 73..3		
za okres			713,35 zł	772,96 zł	288,95 zł	59,61 zł		
01-12.2016 r.			Ubezpieczenia społeczne				Ubezpieczenie zdrowotne	Fundusz Pracy
			Emerytalne	Rentowe	Chorobowe	Wypadkowe*		
2 433,00 zł	3 210,60 zł	2 433,00 zł	474,92 zł	194,64 zł	59,61 zł	43,79 zł	288,95 zł	59,61 zł

\*Składka na ubezpieczenie wypadkowe dla płatników zgłaszających nie więcej niż 9 osób ubezpieczonych, czyli w wysokości 1,80%.

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.**

**Ocenić będąc 5 rezultatów:**

- *Umowa o pracę nr 1/2016 dla pracownicy Alicji Jeremko – wydruk,*
- *Lista płac za sierpień 2016 r. dla pracownicy Alicji Jeremko – wydruk (wydruk z programu Symfonia – lista płac rozbudowana),*
- *Polecenie przelewu do ZUS składek na ubezpieczenia społeczne pracownicy i właściciela za sierpień 2016 r. – wydruk,*
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach dla pracownicy Alicji Jeremko za sierpień 2016 r.,*
- *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłaceniu składek dla pracownicy Alicji Jeremko za sierpień 2016 r.*

# Formularz ZUS RCA do wypełnienia

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	---------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------

## I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGION

03. Numer PESEL <sup>1)</sup>

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

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

## III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		03. Wymiar czasu pracy	
04. Podstawa wymiaru składki	05.		06.	
ubezpieczonego	07.	08.	09.	10.
płatnika	11.	12.	13.	14.
budżetu państwa	15.	16.	17.	18.
PFRON <sup>2)</sup>	19.	20.	21.	22.
Fundusz Kościelny	23.	24.	25.	26.
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego	28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)			

## III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>3)</sup>

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

## III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA <sup>4)</sup>

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
--------------------------------	---------	----------	-----------------------------------------------------------------------------

**IV A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

**IV B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe			03. Wymiar czasu pracy
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr
płatnika	11. zł, gr	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr
budżetu państwa	15. zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr
PFRON <sup>3)</sup>	19. zł, gr	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr
Fundusz Kościelny	23. zł, gr	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego			28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	

**IV C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika<sup>3)</sup>

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

**IV D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA<sup>4)</sup>**

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)

**V. 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. Pieczęćka płatnika

**VI. ADNOTACJE ZUS**

<sup>3)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>4)</sup> Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż 30 czerwca 2008 r.  
<sup>5)</sup> W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotacje otrzymuje płatnik.  
<sup>6)</sup> Blok ten należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2008 r.



# Formularz ZUS RSA do wypełnienia

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

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

## I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

## III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

III. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

## 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

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota  zł,  gr

Okres  -

## 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

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota  zł,  gr

Okres  -

## 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

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota  zł,  gr

Okres  -

## 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

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota  zł,  gr

Okres  -

**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. 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. 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. 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**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.