

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
I. DANE ORGANIZACYJNE						
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)						
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						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE						
01. Kod tytułu ubezpieczenia						
02. Podstawa wymiaru składki						
03. Kwota składki						
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE						
01. Kod tytułu ubezpieczenia						
02. Podstawa wymiaru składki						
03. Kwota składki						
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE						
01. Kod tytułu ubezpieczenia						
02. Podstawa wymiaru składki						
03. Kwota składki						
VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE						
01. Kod tytułu ubezpieczenia						
02. Podstawa wymiaru składki						
03. Kwota składki						
VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE						
01. Kod tytułu ubezpieczenia						
02. Podstawa wymiaru składki						
03. Kwota składki						

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RZA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
-----------------------------------	-----	-----	-----------	---

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VIII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki
03. Kwota składki	

IX. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ	IX. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
	01. Kod tytułu ubezpieczenia [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] 02. Podstawa wymiaru składki [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] zl gr	03. Kwota składki [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] zl gr

X.A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

- 01. Nazwisko
- 02. Imię pierwsze
- 03. Typ
- 04. Identyfikator

X. DANE O OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota składki

XI. DANIE OSOBY U	XI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE																								
	01. Kod tytułu ubezpieczenia										02. Podstawa wymiaru składki						03. Kwota składki								
																zł	gr							zł	gr

XII. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE															03. Kwota składki				
	01. Kod tytułu ubezpieczenia					02. Podstawa wymiaru składki					03. Kwota składki									

XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

0.1: Datavypelnění (dd / min / min)

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

XIV. ADNOTACIJE ZUS

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