



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

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

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

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

**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. Pieczętka płatnika
--	------------------------

**XII. ADNOTACJE ZUS**

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