

$$\begin{array}{|c|c|c|c|c|c|c|c|} \hline d & d & m & m & r & r & r & r \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|c|c|c|c|} \hline d & d & m & m & r & r & r & r \\ \hline \end{array}$$

IV.D. DANE O PODLEGANIU UBEZPIECZENIOM01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾ **a. Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i zdrowotne (wpisać X w odpowiednim polu)**02. Emerytalne ☐ 03. Rentowe ☐ 04. Chorobowe ☐ 05. Wypadkowe ☐ 06. Zdrowotne ☐**b. Dobrowolne ubezpieczenia społeczne i zdrowotne (wpisać X w odpowiednim polu)**07. Emerytalne ☐ 08. Rentowe ☐ 09. Chorobowe ☐ 10. Zdrowotne ☐

11. Data podlegania od

12. Data podlegania do

d	d	m	m	r	r	r	r	-	d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

IV.E. DANE O PODLEGANIU UBEZPIECZENIOM01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾ **a. Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i zdrowotne (wpisać X w odpowiednim polu)**02. Emerytalne ☐ 03. Rentowe ☐ 04. Chorobowe ☐ 05. Wypadkowe ☐ 06. Zdrowotne ☐**b. Dobrowolne ubezpieczenia społeczne i zdrowotne (wpisać X w odpowiednim polu)**07. Emerytalne ☐ 08. Rentowe ☐ 09. Chorobowe ☐ 10. Zdrowotne ☐

11. Data podlegania od

12. Data podlegania do

d	d	m	m	r	r	r	r	-	d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

IV.F. DANE O PODLEGANIU UBEZPIECZENIOM01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾ **a. Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i zdrowotne (wpisać X w odpowiednim polu)**02. Emerytalne ☐ 03. Rentowe ☐ 04. Chorobowe ☐ 05. Wypadkowe ☐ 06. Zdrowotne ☐**b. Dobrowolne ubezpieczenia społeczne i zdrowotne (wpisać X w odpowiednim polu)**07. Emerytalne ☐ 08. Rentowe ☐ 09. Chorobowe ☐ 10. Zdrowotne ☐

11. Data podlegania od

12. Data podlegania do

d	d	m	m	r	r	r	r	-	d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

VI. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 4 grudnia 1998 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących oraz innych dokumentów (Dz. U. nr 149, poz. 982 z późn. zm.).