

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZFA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

☒ 01. ZGŁOSZENIE PLATNIKA SKŁADEK (wpisać X)	☐ 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PLATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
5423952607	357472422
03. PESEL	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, 1 jeśli paszport - 2
49110759921	05. Seria i numer dokumentu DB5532571
06. Nazwa skrócona MEBLE MARCINA	
07. Nazwisko FLORCZYK	
08. Imię pierwsze MARCIN	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) 07111949

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Imię drugie PAWEŁ
02. Miejsce urodzenia KOCIERZYCE
03. Obywatelstwo POLSKIE

IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI

01. Kod rodzaju uprawnienia ²⁾ 11	02. Numer uprawnienia 38276/00
03. Nazwa organu wydającego uprawnienie URZĄD MIASTA KIELCE	
04. Data wydania uprawnienia (dd / mm / rrrr) 20122000	05. Data rozpoczęcia wykonywania działalności (dd / mm / rrrr) 10012001

V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku 110011091254428-2911-111
02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.

VI. INNE DANE O PLATNIKU SKŁADEK

01. Czy płatnik posiada status zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej? Jeśli TAK, wpisać X.	02. Data otrzymania statusu zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej (dd / mm / rrrr) 10012001	03. Data utraty statusu zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej (dd / mm / rrrr)
04. Data powstania obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne (dd / mm / rrrr)	05. Jeśli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA.	

VII. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy 26-014	02. Miejscowość KOCIERZYCE
03. Gmina KIELCE	
04. Ulica	
05. Numer domu 23	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu 041-6761322	08. Numer faksu
09. Adres poczty elektronicznej	

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZFA

strona: **2**

**ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK
- OSOBY FIZYCZNEJ**

VIII. ADRES ZAMIESZKANIA PLATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Numer faksu
09. Adres poczty elektronicznej	

IX. ADRES DO KORESPONDENCJI PLATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Ulica		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	06. Numer telefonu do teletransmisji
07. Skrytka pocztowa	08. Numer telefonu	09. Numer faksu
10. Adres poczty elektronicznej		

X. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM (wpisać, jeśli dokumentację finansowo - księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
03. Nazwa skrócona	

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Liczba załączników formularza ZUS ZBA	
02. Liczba załączników formularza ZUS ZAA	
03. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
	14 01 2001

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

04. Podpis płatnika lub osoby przez niego upoważnionej

Marcin Florczyk

05. Pieczęć płatnika (jeśli posiada)

XII. ADNOTACJE ZUS

ZAKŁAD UBEZPIECZEN
SPOŁECZNYCH

strona:

ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK
- OSOBY FIZYCZNEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

☒ 01. ZGŁOSZENIE
PLATNIKA SKŁADEK (wpisać X)

☐ 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)
DANYCH PLATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

5 4 2 3 9 5 2 6 0 7

3 5 7 4 7 2 4 2 2

03. PESEL

4 9 1 1 0 7 5 9 9 2 1

INNY NUMER

04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

1 DB 5532571

06. Nazwa skrócona

MEBLE MARCINA

07. Nazwisko

FLORCZYK

08. Imię pierwsze

MARCIN

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

07 11 1949

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Imię drugie

PAWEŁ

02. Miejsce urodzenia

KOCIERZYCE

03. Obywatelstwo

POLSKIE

IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI

01. Kod rodzaju
uprawnienia ²⁾

03. Nazwa organu wydającego uprawnienie

URZĄD MIASTA KIELCE

02. Numer uprawnienia

38276100

20122000 04. Data wydania uprawnienia
(dd / mm / rrrr)

10012001 05. Data rozpoczęcia wykonywania
działalności (dd / mm / rrrr)

V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

110011091254428-2911-111

☐ 02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe?
Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.

VI. INNE DANE O PLATNIKU SKŁADEK

☐ 01. Czy płatnik posiada status zakładu pracy chronionej /
aktywności zawodowej? Jeśli TAK, wpisać X

02. Data otrzymania statusu zakładu
pracy chronionej / aktywności zawodowej
(dd / mm / rrrr)

10012001 04. Data powstania obowiązku opłacania
składek na ubezpieczenia społeczne
(dd / mm / rrrr)

03. Data utraty statusu zakładu pracy
chronionej / aktywności zawodowej
(dd / mm / rrrr)

☐ 05. Jeśli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny
niż adres siedziby, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA.

VII. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

26-014 KOCIERZYCE

03. Gmina

KIELCE

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

23

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

041-6761322

09. Adres poczty elektronicznej

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZUA		strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE						
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾		☒		02. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ¹⁾		
04. Data nadania (dd / mm / rrrr)				05. Nalepka "R"		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK						
01. NIP (wpisać bez kresek)		5423952607		02. REGON		
				357772422		
03. PESEL		49110759921		05. Seria i numer dokumentu		
				DB5532571		
06. Nazwa skrócona		HEBLE HARCINA		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
				1		
07. Nazwisko		FLORCZYK				
08. Imię pierwsze		HARCIN		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
				07111949		
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. PESEL		49110759921		02. NIP (wpisać bez kresek)		
				5423952607		
05. Nazwisko		FLORCZYK		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		
				1		
06. Imię pierwsze		HARCIN		04. Seria i numer dokumentu		
				DB5532571		
				07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
				07111949		
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Imię drugie		PAWEŁ				
02. Nazwisko rodowe						
03. Obywatelstwo		POLSKIE		04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)		
				M		
05. Czy cudzoziemiec posiada kartę stałego pobytu? Jeśli TAK, wpisać X.		☐		06. Czy cudzoziemiec posiada kartę czasowego pobytu wydaną w związku z udzieleniem statusu uchodźcy? Jeśli TAK, wpisać X.		
				☐		
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ^{3) 4)}		051000		02. Okres, na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności		
				(dd / mm / rrrr)		
				-		
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH						
01. Wymiar czasu pracy		/		02. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		
				10012001		
				Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)		
				03. Emerytalnemu ☒		
				05. Chorobowemu ☐		
				04. Rentowym ☒		
				06. Wypadkowemu ☒		
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		10012001				
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH						
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)		01. Emerytalnym ☐		03. Rentowymi ☐		
		05. Chorobowym ☒		02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		
				04. Od dnia (dd / mm / rrrr)		
				06. Od dnia (dd / mm / rrrr)		
				10012001		
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia ⁵⁾ (dd / mm / rrrr)				02. Kwota pierwszej składki ⁶⁾		
				zł gr		
X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Jestem spokrewniony(a) / spowinowacony(a) z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać kod pokrewieństwa / powinowactwa ³⁾				02. Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać X.		
				☐		
03. Kod stopnia niezdolności do pracy ³⁾		04. Okres, na jaki orzeczony został stopień niezdolności do pracy (dd / mm / rrrr)		05. Kod wykonywanego zawodu ³⁾		
06. Kod stanowiska / pracy górniczej ³⁾		07. Okres pracy górniczej		08. Kod wykształcenia ³⁾		

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	---------	-----------	---

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ c.d.

09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze³⁾ 10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze³⁾ (dd / mm / rrrr) (dd / mm / rrrr)

XI. DANE O KASIE CHORYCH

01. Kod kasy³⁾ 02. Nazwa kasy⁷⁾ 03. Data przystąpienia do kasy (dd / mm / rrrr)

XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
26-014 KOCIERZYCE
03. Gmina
KIELCE
04. Ulica
05. Numer domu 06. Numer lokalu
23
07. Numer telefonu 08. Numer faksu
041-6761322

XIII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
03. Gmina
04. Ulica
05. Numer domu 06. Numer lokalu
07. Numer telefonu 08. Numer faksu

XIV. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
03. Ulica
04. Numer domu 05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu 08. Numer faksu
09. Adres poczty elektronicznej

XV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

14.01.2001

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

Marek Florczyk

03. Pieczęć płatnika

XVI. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

Marek Florczyk

XVII. ADNOTACJE ZUS

- 1) Wpisać X w odpowiednim polu.
- 2) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZUA.
- 3) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.
- 4) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.

- 5) Data wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszającą z kasą chorych.
- 6) Kwota wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszającą z kasą chorych.
- 7) Wpisać nazwę kasy chorych zgodnie z instrukcją.