

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS IWA	strona: 1	INFORMACJA O DANYCH DO USTALENIA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator informacji (numer / rrr) ¹⁾	<input type="text"/>	02. Kod terytorialny jednostki terenowej ²⁾	<input type="text"/>
03. Data nadania (dd / mm / rrr)	<input type="text"/>	04. Należka "R"	<input type="text"/>
06. Znak i numer decyzji pokontrolnej	<input type="text"/>	05. Data wpływu (dd / mm / rrr)	<input type="text"/>

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	<input type="text"/>	02. Numer REGON	<input type="text"/>
03. Numer PESEL ³⁾	<input type="text"/>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport, wpisać 2	<input type="text"/>
05. Seria i numer dokumentu	<input type="text"/>		
06. Nazwa skrócona	<input type="text"/>		
07. Nazwisko	<input type="text"/>		
08. Imię pierwsze	<input type="text"/>	09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	<input type="text"/>

III. DANE O LICZBIE UBEZPIECZONYCH ZGŁOSZONYCH DO UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO

01. Liczba ubezpieczonych ⁴⁾	<input type="text"/>
---	----------------------

IV. ZESTAWIENIE DANYCH DO USTALENIA KATEGORII RYZYKA DLA PŁATNIKA SKŁADKI

01. Rodzaj działalności według PKD ⁵⁾	<input type="text"/>	02. Liczba poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem ⁶⁾	<input type="text"/>
03. Liczba poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich	<input type="text"/>	04. Liczba zatrudnionych w warunkach zagrożenia ⁷⁾	<input type="text"/>

V. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy	<input type="text"/>	02. Miejscowość	<input type="text"/>
03. Ulica	<input type="text"/>		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	06. Numer telefonu do teletransmisji	<input type="text"/>
07. Skrytka pocztowa	08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	<input type="text"/>
10. Adres poczty elektronicznej	<input type="text"/>		

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)	<input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------

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