

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

 - **IV.E. DANE O PODLEGANIU UBEZPIECZENIOM**01. 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

 - **IV.F. DANE O PODLEGANIU UBEZPIECZENIOM**01. 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

 - **V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia

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.).