

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 <i>Marcin Florczyk</i>	05. Pieczęćka płatnika (jeśli posiada)
--	--

XII. ADNOTACJE ZUS

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	strona:	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
-----------------------------------	---------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE PLATNIKA SKŁADEK (wpisać X)	<input type="checkbox"/> 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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
5423952607	357442422
03. PESEL	INNY NUMER
49110759921	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
MEBLE MARCINA	1 DB5532571
07. Nazwisko	
FLORCZYK	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
MARCIN	07111949

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI

01. Kod rodzaju uprawnienia ²⁾	02. Numer uprawnienia
11	38276100
03. Nazwa organu wydającego uprawnienie	
URZĄD MIASTA KIELCE	
04. Data wydania uprawnienia (dd / mm / rrrr)	05. Data rozpoczęcia wykonywania działalności (dd / mm / rrrr)
20122000	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)	03. Data utraty statusu zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej (dd / mm / rrrr)
<input type="checkbox"/>		
	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.
	10012001	<input type="checkbox"/>

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⁾ 03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ²⁾

04. Data nadania (dd / mm / rrrr) _____ 05. Nalepka "R" _____

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 5423952607 02. REGON 357772422

03. PESEL 49110759921 INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 1 05. Seria i numer dokumentu DB5532571

06. Nazwa skrócona MEBLE HARCINA 07. Nazwisko FLORCZYK 08. Imię pierwsze HARCIN 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) 07111949

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZENIA

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. PESEL 49110759921 02. NIP (wpisać bez kresek) 5423952607 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 1 04. Seria i numer dokumentu DB5532571

05. Nazwisko FLORCZYK 06. Imię pierwsze HARCIN 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) 07111949

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie PAWEK 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) - (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 02. Od dnia (dd / mm / rrrr) _____ 03. Rentowymi 04. Od dnia (dd / mm / rrrr) _____ 05. Chorobowym 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 OSOBE 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 ³⁾ niezdolności do pracy _____ 04. Okres, na jaki orzeczony został stopień niezdolności do pracy (dd / mm / rrrr) _____ (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 OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ c.d.
09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr) 10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)

1 3 R - 3 W I Ę T O K R Z Y S K A R K C H - 0 1 0 1 1 9 9 9

XI. DANE O KASIE CHORYCH
01. Kod kasy 3) 02. Nazwa kasy 7) 03. Data przystąpienia do kasy (dd / mm / rrrr)

1 3 R 3 W I Ę T O K R Z Y S K A R K C H 0 1 0 1 1 9 9 9

XII. 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

2 6 - 0 1 4 K O C I E R Z Y C E
K I E L C E
2 3
0 4 1 - 6 7 6 1 3 2 2

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)

1 4 0 1 2 0 0 1

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. Pieczęćka 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 ZIUA.
 - 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.