

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze	03. Typ	04. Identyfikator	

VIII. B. NALICZONA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze	03. Typ	04. Identyfikator	

IX. B. NALICZONA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze	03. Typ	04. Identyfikator	

X. B. NALICZONA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki

XI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze	03. Typ	04. Identyfikator	

XI. B. NALICZONA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki

XII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze	03. Typ	04. Identyfikator	

XII. B. NALICZONA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki	zł, gr	03. Kwota składki

XIII. O WIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem wiadomy(-ma) odpowiedzialnie karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika
--	----------------------

XIV. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.