PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

I. DANE ORGANIZACYJNE

[X] 01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)

[ ] 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek): 5250011266

02. Numer REGON: 000001258

03. Numer PESEL [1]

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL [1]: 98010200100

02. Numer NIP (wpisać bez kresek) [2]

03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04): 1

04. Seria i numer dokumentu: ABC123456

05. Nazwisko: NOWAK

06. Imię pierwsze: ADA

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr): 01021998

IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia: 18 11 0 0

02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr): 01012024

03. Kod przyczyny wyrejestrowania: 100

V. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

01. Data (dd / mm / rrrr)

02. Kod wygaśnięcia/ kod trybu rozwiązania stosunku pracy/ stosunku służbowego

03. Kod podstawy prawnej rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego

04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego

05. Strona z inicjatywy, której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy jeśli PRACOWNIK wpisz 1, jeśli PRACODAWCA - 2

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr): 01012024

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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczątka płatnika składek

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

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

01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń

Ada Nowak

VIII. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
[2] Pole wypełnia się, o ile wyrejestrowanie dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed dniem 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

Skład: Poligrafia ZUS/W-wa: zam. 2383/20