PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZPA | strona: 1

ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK – OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIE POSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

☐ **01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK** (wpisać **X**)

☐ **02. ZGŁOSZENIE ZMIANY** (wpisać – **1**) **/ KOREKTY** (wpisać – **2**) **DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK** (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) 1)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. **NIP** (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. Nazwa skrócona

III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktem prawnym konstytuującym podmiot)

☐ 02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 05.01.1991 "Prawo budżetowe"? Jeśli TAK, wpisać **X**.

☐ 03. Czy płatnik jest jednostką pozabudżetową w rozumieniu art. 14–17 "Prawo budżetowe"? Jeśli TAK, wpisać **X**.

04. Nazwa organu założycielskiego

☐ 05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać **X**.

06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrrr)

07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji

08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego 2)

09. Data powstania obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne (dd / mm / rrrr)

10. Data rozpoczęcia wykonywania działalności (dd / mm / rrrr)

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

☐ 02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać **X** i wypełnić formularz ZUS ZBA.

V. INNE DANE O PŁATNIKU 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)

☐ 04. Jeśli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby, wpisać **X** i wypełnić formularz ZUS ZAA.

VI. 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

wzór wzór wzór

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZPA	strona: 2	**ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK – OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIE POSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ**

VII. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA 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

VIII. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM (wpisać, jeśli dokumentację finansowo – księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. **NIP (**wpisać bez kresek) 02. REGON

03. Nazwa skrócona

IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Liczba załączników formularza ZUS ZBA

02. Liczba załączników formularza ZUS ZAA

03. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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. Pieczątka imienna i podpis osoby upoważnionej	05. Pieczątka płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.

2) Wypełnić zgodnie z instrukcją.

wzór wzór wzór