

I. TESTY – ODPOWIEDZI

TEST 1

Numer zadania	Odpowiedź	Numer zadania	Odpowiedź
1	D	21	D
2	A	22	C
3	B	23	D
4	C	24	C
5	D	25	B
6	C	26	A
7	C	27	B
8	D	28	B
9	C	29	C
10	D	30	D
11	B	31	D
12	D	32	D
13	B	33	C
14	C	34	B
15	C	35	A
16	B	36	A
17	A	37	C
18	D	38	A
19	C	39	B
20	D	40	D

ZADANIE 1

Lp.	Wyszczególnienie	Obliczenia	Wynik
1	Płaca zasadnicza	176 godz. × 24,00 zł/godz.	4224,00 zł
2	Premia regulaminowa	38 000,00 zł × 2%	760,00 zł
3	Wynagrodzenie brutto	4224,00 zł + 760,00 zł	4984,00 zł

ZADANIE 7

Lp.	Wyszczególnienie	Obliczenia	Wynik
1	Podatek należny	1120,00 zł + 5980,00 zł + 2760,00 zł	9860,00 zł
2	Podatek naliczony	1200,00 zł + 5060,00 zł – 1020,00 zł	5240,00 zł
3	Zobowiązanie podatkowe	9860,00 zł – 5240,00 zł	4620,00 zł

ZADANIE 9

Lp.	Wyszczególnienie	Obliczenia	Wynik
1	Składka emerytalna	4900,00 zł × 9,76%	478,24 zł
2	Składka rentowa	4900,00 zł × 6,5%	318,50 zł
3	Składka wypadkowa	4900,00 zł × 1,67%	81,83 zł
4	Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	4900,00 zł × 0,1%	4,90 zł
5	Fundusz Pracy	4900,00 zł × 2,45%	120,05 zł
6	Składki łącznie	478,24 zł + 318,50 zł + 81,83 zł + 4,90 zł + 120,05 zł	1003,52 zł

ZADANIE 11

Lp.	Wyszczególnienie	Obliczenia	Wynik
1	Podatek VAT przy zakupie	600,00 zł × 23%	138,00 zł
2	Podatek VAT przy sprzedaży	800,00 zł × 23%	184,00 zł
3	Podatek VAT do urzędu skarbowego	184,00 zł – 138,00 zł	46,00 zł

ZADANIE 12

$$\text{wynagrodzenie za czas} = \text{wynagrodzenie stałe} - \left(\frac{\text{płaca miesięczna}}{30 \text{ dni}} \right) \times \text{liczba dni zwolnienia}$$

$$\text{przepracowany} \quad \quad \quad \text{lekarzkiego}$$

$$4000,00 \text{ zł} - \left(\frac{4000,00 \text{ zł}}{30 \text{ dni}} \right) \times 9 \text{ dni} = 2800,00 \text{ zł}$$

ZADANIE 13

Należny podatek VAT: 1549,00 zł

Podatek VAT do urzędu skarbowego: $1549,00 \text{ zł} - 275,51 \text{ zł} = 1273,49 \text{ zł} \approx 1273,00 \text{ zł}$

ZADANIE 15

Kwota zmniejszająca podatek: 556,02 zł

Podatek: $(19\,000,00 \text{ zł} \times 18\%) - 556,02 \text{ zł} = 2863,98 \text{ zł} \approx 2864,00 \text{ zł}$

ZADANIE 19

1000 l – 1540,00 zł

100 000 l – X

X = 154 000,00 zł (akcyza)

ZADANIE 20

Do 31 maja 2018 r. pracodawca powinien przekazać co najmniej 75% kwoty odpisu podstawowego, czyli: $36\,289,00 \text{ zł} \times 75\% = 27\,216,75 \text{ zł}$.

ZADANIE 22

Do podstawy wymiaru świadczenia chorobowego należy przyjąć miesiąc, w którym pracownik przepracował co najmniej połowę obowiązującego go czasu pracy (w przykładzie to 20 dni z 22 dni roboczych). Ponieważ pracownik nie osiągnął pełnego wynagrodzenia z przyczyn usprawiedliwionych, zachodzi konieczność uzupełnienia wynagrodzenia do pełnego miesiąca, by mógł on stać się podstawą do obliczenia wymiaru świadczenia chorobowego.

Lp.	Wyszczególnienie	Obliczenia	Wynik
1	Podstawa wymiaru świadczenia chorobowego = wynagrodzenie brutto – składki społeczne (13,71%)	$4600,00 \text{ zł} - (4600,00 \text{ zł} \times 13,71\%)$	3969,34 zł
2	Uzupełnienie wynagrodzenia do pełnego miesiąca	$\frac{3969,34 \text{ zł}}{20 \text{ dni}} \times 22 \text{ dni}$	4366,34 zł

ZADANIE 24

Lp.	Wyszczególnienie	Obliczenia	Wynik
1	Składki ZUS razem (13,71%)	$32\,400,00 \text{ zł} \times 13,71\%$	4442,04 zł
2	Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego	$(32\,400,00 \text{ zł} - 4442,04 \text{ zł}) / 12 \text{ mies.}$	2329,83 zł
3	Zasiłek chorobowy	$\frac{2329,83 \text{ zł} \times 100\%}{30 \text{ dni}} \times 15 \text{ dni}$	1164,90 zł

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego (przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem) stanowi miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, po pomniejszeniu o składki na ubezpieczenia społeczne.

II. ZADANIA PRAKTYCZNE – ODPOWIEDZI

ZADANIE 1

Umowa o pracę

Częstochowa, 28.02.2018 r.

Hurtownia Artykułów Elektrycznych Novator sp. z o.o.
ul. Postępu 4, 02-676 Warszawa
NIP 9231043310
REGON 930986308

UMOWA O PRACĘ numer UP/1/03/2018

zawarta w dniu 28.02.2018 r. pomiędzy

Hurtownią Artykułów Elektrycznych Novator sp. z o.o., ul. Postępu 4, 02-676 Warszawa,
a Panem Tomasz Batory, zamieszkałym: ul. Koprowa 14 m. 2, 04-813 Warszawa,
na czas nieokreślony od 01.03.2018 r.

1. Strony ustalają następujące warunki zatrudnienia:

- 1) stanowisko: radca prawny;
- 2) miejsce wykonywania pracy: ul. Postępu 4, 02-676 Warszawa;
- 3) wymiar czasu pracy: 1/1;
- 4) składniki wynagrodzenia:
 - podstawa miesięczna: 3000,00 zł;
 - dodatek funkcyjny: 400,00 zł.

2. Dzień rozpoczęcia pracy: 01.03.2018 r.

3. Przyczyny uzasadniające zawarcie umowy: —

28.02.2018 r., Tomasz Batory
Data i podpis pracownika

Joachim Piech
Podpis pracodawcy

Przyjmuję do wiadomości treść obowiązującego u pracodawcy regulaminu pracy i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Oświadczam, że zapoznano mnie z przepisami i zasadami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy, a także z zakresem informacji objętych tajemnicą określoną w obowiązujących ustawach dla umówionego z pracodawcą rodzaju pracy.

28.02.2018 r., Tomasz Batory
Data i podpis pracownika

Umowa-zlecenie

Częstochowa, 02.03.2018 r.

UMOWA-ZLECENIE

numer: UZ/1/03/2018

zawarta w dniu 02.03.2018 r. pomiędzy

Hurtownią Artykułów Elektrycznych Novator sp. z o.o.,
z siedzibą: ul. Postępu 4, 02-676 Warszawa,
zwaną w treści umowy ZLECENIODAWCĄ,
reprezentowaną przez Joachima Piecha – właściciela,

a

Joanną Fik,
imię ojca: Wojciech, imię matki: Justyna,
data i miejsce urodzenia: 24.03.1989 r., Łódź,
numer PESEL: 89032412740,
miejsce zamieszkania: gmina m. Warszawa, ul. Pospolita 11 m. 4, 03-630 Warszawa,
zwaną w treści umowy ZLECENIOBIORCĄ,

o następującej treści:

§ 1

Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do: pomocy w magazynie hurtowni.

§ 2

Zlecenie będzie wykonane przez Zleceniobiorcę w okresie od 02.03.2018 r. do 30.03.2018 r.

§ 3

Zleceniobiorcy za wykonanie czynności przewidzianych w §1 umowy przysługuje wynagrodzenie w wysokości 1500,00 zł (słownie: jeden tysiąc pięćset PLN 0/100) brutto.

§ 4

Wynagrodzenie płatne będzie w siedzibie Zleceniodawcy w ciągu 7 dni od złożenia rachunku przez Zleceniobiorcę.

§ 5

Zmiany w umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 7

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Joachim Piecha
Zleceniodawca

Joanna Fik
Zleceniobiorca

Rachunek do umowy-zlecenia

Nazwisko: Fik
Imiona: Joanna
Imię ojca: Wojciech
Imię matki: Justyna
Data i miejsce urodzenia: 24.03.1989 r., Łódź
PESEL: 89032412740
Miejsce zamieszkania: Warszawa
Gmina/dzielnica: m. Warszawa
Ulica i numer: Pospolita 11 m. 4
Poczta: 03-630

RACHUNEK

1/03/2018

dla

Hurtowni Artykułów Elektrycznych Novator sp. z o.o.
ul. Postępu 4, 02-676 Warszawa

za wykonane prace zgodnie z umową-zleceniem numer UZ/1/03/2018 z dnia 02.03.2018 r.
kwota 1265,00 zł (słownie: jeden tysiąc dwieście sześćdziesiąt pięć PLN 0/100)

Joanna Fik
Wystawca

Obliczenia dla celów podatkowych:

1. Kwota na umowie:	1500,00 zł
2. Składki ubezpieczeniowe płacone przez pracownika:	0,00 zł
3. BRUTTO:	1500,00 zł
4. Koszt uzyskania przychodu:	300,00 zł
5. Podstawa opodatkowania:	1200,00 zł
6. Kwota podatku:	216,00 zł
7. Składka na ubezpieczenie zdrowotne:	116,25 zł
8. Zaliczka na podatek dochodowy:	100,00 zł
9. Netto:	1283,75 zł
10. Składka na ubezpieczenie zdrowotne:	18,75 zł
11. Dodatki nieopodatkowane:	0,00 zł
12. Potrącenia:	0,00 zł
13. DO WYPŁATY:	1265,00 zł

Kwituję odbiór kwoty 1265,00 zł (słownie: jeden tysiąc dwieście sześćdziesiąt pięć PLN 0/100).

30.03.2018 r., *Joanna Fik*
Data i podpis

Hurtownia Artykułów Elektrycznych Novator sp. z o.o.
Postępu 4, 02-676 Warszawa
NIP 9231043310
ING Bank Śląski 31 1050 1096 1000 0090 6055 2602

LISTA PŁAC „2018/Marzec/Administracja” numer 2018/03/01
za marzec 2018 z dnia 30.03.2018

Lista płac

Lp.	Nazwisko i imię														
	NALICZENIA			Brutto male		PODATEK		ZUS PŁATNIK		ZASIŁKI		NETTO	DATA I PODPIS		
	Podstawa	Wynagr. urlop (Pozostałe)			Koszty		Ubezp. emeryt. I filar		Zasiłek rodzinny		Ubezp. zdrowotne (Pozostałe)				
	Akord	Brutto duże			Dochód do opodat.		Ubezp. rentowe		Dodatki do zas. rodz.		Do wypłaty				
	Prowizja	Ubezp. emeryt. I filar			Podatek		Ubezp. wypadkowe		Zasiłek pielęgnacyjny						
	Premie	Ubezp. emeryt. II filar			Ulga		FP		(Pozostałe)						
	Dod. za godz. nadliczb.	Ubezp. emeryt. II filar			Ubezp. zdrowotne		FGSP								
	Dod. za godz. nocne	Ubezp. rentowe			Zaliczka		FEP								
	Wynagr. chorobowe	Ubezp. chorobowe			Netto										
	BATORY TOMASZ														
		3000,00	0,00	2933,86	0,00	111,25	331,84	0,00	36,68						
	0,00	400,00		2823,00		221,00	0,00	0,00							
	0,00	3400,00		461,81		61,20	0,00	2435,81							
	0,00	331,84		46,33		83,30	0,00								
	0,00	0,00		227,37		3,40									
	0,00	51,00		234,00		0,00									
	0,00	83,30		2472,49											
Razem	3000,00	0,00	2933,86	0,00	111,25	331,84	0,00	36,68							
	0,00	400,00		2823,00		221,00	0,00	0,00							
	0,00	3400,00		461,81		61,20	0,00	2435,81							
	0,00	331,84		46,33		83,30	0,00								
	0,00	0,00		227,37		3,40									
	0,00	51,00		234,00		0,00									
	0,00	83,30		2472,49											

Wykonał	Sprawdził	Główny księgowy	Dyrektor

ZUS DRA – deklaracja rozliczeniowa (s. 1)

PLATNIK WYPELNIŁA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS DRA

strona: 1

DEKLARACJA ROZLICZENIOWA

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Termin przysyłania
deklaracji i raportów

02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

05. Znak i numer decyzji pokontrolnej

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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. INNE INFORMACJE

01. Liczba ubezpieczonych

02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie
składek za osoby niepełnosprawne
ze środków PFRON i budżetu państwa²⁾

03. Stopa procentowa składek
na ubezpieczenie wypadkowe

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA

SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:

01. Kwota składek
na ubezpieczenie emerytalne

02. Kwota składek
na ubezpieczenie rentowe

03. Suma kwot składek na ubezpieczenia
emerytalne i rentowe

04. ubezpieczonych

05. ubezpieczonych

06. (p. 04 + p. 05)

07. płatnika

08. płatnika

09. (p. 07 + p. 08)

10. budżet państwa

11. budżet państwa

12. (p. 10 + p. 11)

13. PFRON²⁾

14. PFRON²⁾

15. (p. 13 + p. 14)

16. Fundusz Kościelny

17. Fundusz Kościelny

18. (p. 16 + p. 17)

SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:

19. Kwota składek
na ubezpieczenie chorobowe

20. Kwota składek
na ubezpieczenie wypadkowe

21. Suma kwot składek na ubezpieczenia
chorobowe i wypadkowe

22. ubezpieczonych

23. ubezpieczonych

24. (p. 22 + p. 23)

25. płatnika

26. płatnika

27. (p. 25 + p. 26)

28. budżet państwa

29. budżet państwa

30. (p. 28 + p. 29)

31. PFRON²⁾

32. PFRON²⁾

33. (p. 31 + p. 32)

34. Fundusz Kościelny

35. Fundusz Kościelny

36. (p. 34 + p. 35)

37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne,
które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kwota wypłaconych
świadczeń z ubezpieczenia
chorobowego

02. Kwota wynagrodzenia
należnego płatnikowi
od wypłaconych świadczeń
z ubezpieczenia chorobowego

03. Kwota wypłaconych
świadczeń z ubezpieczenia
wypadkowego

04. Kwota wypłaconych
świadczeń finansowanych
z budżetu państwa / FUS³⁾

05. Łączna kwota do potrącenia
(p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)

VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V

01. Kwota do zwrotu
przez ZUS:
(p. V.05 – p. IV.37)

02. Kwota do zapłaty
przez płatnika:
(p. IV.37 – p. V.05)

Zadanie 1 65

ZUS DRA – deklaracja rozliczeniowa (s. 2)

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI Drukowanymi literami, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika ⁴⁾	3 990,5		05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika (p. 01 + p. 02)
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych	3 990,5		06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika ⁵⁾
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	3 990,5		07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	3 990,5		3 990,5
VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP			
01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	8 330		03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	3 40		8 670
IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH			
01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych			03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze			
X. DEKLARACJA DOCHODU (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)			
01. Kod tytułu ubezpieczenia			06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe	3 990,5		
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	3 990,5		
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	3 990,5		
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	3 990,5		
XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)			
3 1 0 3 2 0 1 8			
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 lub osoby upoważnionej		03. Pieczęćka płatnika	
Joachim Piech		Hurtownia Artykułów Elektrycznych NOVATOR sp. z o.o. ul. Postępu 4 02-676 Warszawa	
Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.07, poz. VIII.03, poz. IX.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2014 r. poz. 1619, z późn. zm.).			
XII. ADNOTACJE ZUS			

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

²⁾ Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż 30 czerwca 2008 r.

³⁾ W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego. W polu można także uwzględnić świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r. w przypadku konieczności złożenia za ten okres korekty dokumentów.

⁴⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik.

⁵⁾ Za okres od dnia 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

ZUS RZA – imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne (s. 1)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
I. DANE ORGANIZACYJNE					
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) 01 032018					
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK					
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 9231043310			02. Numer REGON 930986308		
03. Numer PESEL ¹⁾			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
05. Seria i numer dokumentu					
06. Nazwa skrócona NOVATOR					
07. Nazwisko					
08. Imię pierwsze					
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)					
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko FIK					
02. Imię pierwsze JOANNA					
03. Typ 04. Identyfikator P89032412740					
III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Kod tytułu ubezpieczenia 041100			02. Podstawa wymiaru składki 150000		
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾			04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS		
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego 13500			06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny		
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze					
03. Typ 04. Identyfikator					
IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Kod tytułu ubezpieczenia			02. Podstawa wymiaru składki		
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾			04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS		
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego			06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny		
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze					
03. Typ 04. Identyfikator					
V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Kod tytułu ubezpieczenia			02. Podstawa wymiaru składki		
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾			04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS		
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego			06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny		

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZUS RZA – imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne (s. 2)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RZA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
--------------------------------	-----	-----	-----------	--	--

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ¹⁾

04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾

04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

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

Joachim Piech

**Hurtownia Artykułów Elektrycznych
NOVATOR sp. z o.o.
ul. Postępu 4
02-676 Warszawa**

IX. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.

ZUS RCA – imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach (s. 1)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RCA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
--------------------------------	-----	-----	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) 01 032018

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 9231043310

02. Numer REGON 930986308

03. Numer PESEL 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona NOVATOR

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko BATORY

02. Imię pierwsze TOMASZ

03. Typ P 04. Identyfikator 78062908554

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 011000 02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe 03. Wymiar czasu pracy 1

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	340000	05. 340000	06. 340000	
07. SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	08. 33184	09. 5100	10. 8330	11. zł, gr
płatnika	12. 33184	13. 22100	14. zł, gr	15. 6120
budżet państwa	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr	19. zł, gr
PFRON ^a	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr	23. zł, gr
Fundusz Kościelny	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr	27. zł, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)			108018

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki 293386

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika^{a)} zł, gr

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł, gr

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego 26405 zł, gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny zł, gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA^{a)}

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego zł, gr

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego zł, gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego zł, gr

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03) zł, gr

ZUS RCA – imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach (s. 2)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS RCA

strona 2

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH
I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH

IV A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy
wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.	06.
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07.	08.	09.	10.
platnika	11.	12.	13.	14.
budżetu państwa	15.	16.	17.	18.
PFRON ^{a)}	19.	20.	21.	22.
Fundusz Kościelny	23.	24.	25.	26.
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	

IV C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki
finansowana przez płatnika ^{a)}

03. Kwota należnej składki
finansowana z budżetu państwa
bezpośrednio do ZUS

04. Kwota należnej składki
finansowana przez
ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki
finansowana przez Fundusz
Kościelny

IV D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA ^{a)}

01. Kwota wypłaconego
zasiłku rodzinnego

02. Kwota
wypłaconego zasiłku
wychowawczego

03. Kwota wypłaconego
zasiłku pielęgnacyjnego

04. Łączna kwota
wypłaconych zasiłków
(p.01 + p.02 + p.03)

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

VI. ADNOTACJE ZUS

^{a)} Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

^{b)} Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż 30 czerwca 2008 r.

^{c)} W tym polu należy także wykazać kwotę składek finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotacje otrzymuje płatnik.

^{d)} Blok ten należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.

III. ARKUSZE EGZAMINACYJNE – ODPOWIEDZI

ARKUSZ EGZAMINACYJNY 1

Część praktyczna

Umowa-zlecenie

Częstochowa, 01.03.2018 r.

UMOWA-ZLECENIE

numer: UZ/1/03/2018

zawarta w dniu 01.03.2018 r. pomiędzy

Zakładem Fryzjerskim Super Lok Bogdan Nowicki
z siedzibą: ul. Dąbrowskiego 16, 42-202 Częstochowa.
zwanym w treści umowy ZLECENIODAWCĄ, reprezentowanym przez:
Bogdana Nowickiego – właściciela,

a

Antonim Kozłowskim
imię ojca: Mirosław, imię matki: Joanna
data i miejsce urodzenia: 18.03.1988 r., Częstochowa
numer PESEL: 88031802077
miejsce zamieszkania: gmina Miedźno, Ułańska 15, 42-120 Miedźno,
zwanym w treści umowy ZLECENIOBIORCĄ,

o następującej treści:

§ 1

Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do: wykonywania czynności fryzjerskich.

§ 2

Zlecenie będzie wykonane przez Zleceniobiorcę w okresie od 01.03.2018 r. do 31.12.2018 r.

§ 3

Zleceniobiorcy za wykonanie czynności przewidzianych w §1 umowy przysługuje wynagrodzenie w wysokości 1500,00 zł (słownie: jeden tysiąc pięćset PLN 0/100) brutto.

§ 4

Wynagrodzenie płatne będzie w siedzibie Zleceniodawcy w dniu złożenia rachunku przez Zleceniobiorcę.

§ 5

Zmiany w umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 7

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Bogdan Nowicki
Zleceniodawca

Antoni Kozłowski
Zleceniobiorca

Rachunek do umowy-zlecenia

Nazwisko: Kozłowski
Imiona: Antoni
Imię ojca: Mirosław
Imię matki: Joanna
Data i miejsce urodzenia: 18.03.1988 r., Częstochowa
PESEL: 88031802077
Miejsce zamieszkania: Miedźno
Gmina/dzielnica: Miedźno
Ulica i numer: Ułańska 15
Poczta: 42-120

RACHUNEK

1/03/2018

dla

Zakładu Fryzjerskiego Super Lok Bogdan Nowicki
ul. Dąbrowskiego 16, 42-202 Częstochowa

za wykonane prace zgodnie z umową-zleceniem numer UZ/1/03/2018 z dnia 01.03.2018 r.
kwota 1265,00 zł (słownie: jeden tysiąc dwieście sześćdziesiąt pięć PLN 0/100)

Antoni Kozłowski

Podpis wystawcy

Obliczenia dla celów podatkowych:

1. Kwota na umowie:	1500,00 zł
2. Składki ubezpieczeniowe płacone przez pracownika:	0,00 zł
3. BRUTTO:	1500,00 zł
4. Koszt uzyskania:	300,00 zł
5. Podstawa opodatkowania:	1200,00 zł
6. Kwota podatku:	216,00 zł
7. Składka na ubezpieczenie zdrowotne:	116,25 zł
8. Zaliczka na podatek:	100,00 zł
9. Netto:	1283,75 zł
10. Składka na ubezpieczenie zdrowotne:	18,75 zł
11. Dodatki nieopodatkowane:	0,00 zł
12. Potrącenia:	0,00 zł
13. DO WYPŁATY:	1265,00 zł

Kwituję odbiór kwoty 1265,00 zł (słownie: jeden tysiąc dwieście sześćdziesiąt pięć PLN 0/100).

30.03.2018 r., Antoni Kozłowski

Data i podpis

ZUS ZZA – zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego (s. 1)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

☒ 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)

☐ 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) /
KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka -R*

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

9 4 9 1 4 7 4 9 4 6

1 5 0 3 7 9 8 0 7

03. Numer PESEL²⁾

04. Rodzaj dokumentu:

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

SUPERLOK

07. Nazwisko

NO WICKI

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

BOGDAN

0 3 0 5 1 9 8 6

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL²⁾

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

8 8 0 3 1 8 0 2 0 7 7

1 A U E 1 9 4 6 6 5

05. Nazwisko

KOZŁOWSKI

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

ANTONI

1 8 0 3 1 9 8 8

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

POLSKIE

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,

M - mężczyzna)

M

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu

ubezpieczenia³⁾ 0 4 1 1 0 0

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku

ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) 0 1 0 3 2 0 1 8

02. Kod oddziału NFZ

1 2 R

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia

ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

4 2 - 1 2 0

MIEDŹNO

03. Gmina / Dzielnica

MIEDŹNO

04. Ulica

UŁAŃSKA

05. Numer domu

06. Numer lokalu

1 5

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy

adres jest inny niż polski)

ZUS ZZA – zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego (s. 2)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

IX. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

X. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Ulica	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
09. Adres poczty elektronicznej	

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

01 03 2018

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 lub osoby upoważnionej

Bogdan Nowicki

03. Pieczęćka płatnika

**Zakład Fryzjerski Super Lok
Bogdan Nowicki
ul. Dąbrowskiego 16
42-202 Częstochowa**

XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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 zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

Antoni Kozłowski

XIII. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

ZUS RZA – imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne (s. 1)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS RZA		strona: 1		IMIENNY RAPORT SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
I. DANE ORGANIZACYJNE							
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)						01032018	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)						02. Numer REGON	
9491474946						150379807	
03. Numer PESEL ¹⁾						05. Seria i numer dokumentu	
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2							
06. Nazwa skrócona							
SUPER LOK							
07. Nazwisko							
NOWICKI							
08. Imię pierwsze						09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
BOGDAN						03051986	
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ							
01. Nazwisko							
KOZŁOWSKI							
02. Imię pierwsze						03. Typ 04. Identyfikator	
ANTONI						P 88031802077	
III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. Kod tytułu ubezpieczenia						02. Podstawa wymiaru składki	
041100						150000	
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾						04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	
zł, gr						zł, gr	
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego						06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny	
13500						zł, gr	
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ							
01. Nazwisko							
02. Imię pierwsze						03. Typ 04. Identyfikator	
IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. Kod tytułu ubezpieczenia						02. Podstawa wymiaru składki	
						zł, gr	
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾						04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	
zł, gr						zł, gr	
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego						06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny	
zł, gr						zł, gr	
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ							
01. Nazwisko							
02. Imię pierwsze						03. Typ 04. Identyfikator	
V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. Kod tytułu ubezpieczenia						02. Podstawa wymiaru składki	
						zł, gr	
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾						04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	
zł, gr						zł, gr	
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego						06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny	
zł, gr						zł, gr	

ZUS RZA – imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne (s. 2)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ZUS RZA

strona: 2

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ¹⁾

04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾

04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

3 0 0 3 2 0 1 8

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 lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

Bogdan Nowicki

Zakład Fryzjerski Super Lok
Bogdan Nowicki
ul. Dąbrowskiego 16
42-202 Częstochowa

IX. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.

152 III. Arkusze egzaminacyjne – Odpowiedzi

Polecenie przelewu do ZUS

DOWÓD/POKWITOWANIE DLA ZLECENIODAWCY

nr rachunku odbiorcy

48600000020260019491474946

odbiorca:

ZUS

kwota:

135,00

zleceniodawca:

Zakład Fryzjerski Super Lok Bogdan Nowicki

tytułem:

Składki ZUS za marzec 2018 r.



nr konta

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy

ZUS

nazwa odbiorcy od.

nr rachunku odbiorcy

48600000020260019491474946

waluta

PLN

kwota

135,00

nr rachunku zleceniodawcy(przelew) / kwota słownie (wpłata)

61105014451000009031233902

nazwa zleceniodawcy

Zakład Fryzjerski Super Lok Bogdan Nowicki

nazwa zleceniodawcy od.

tytułem

Składki ZUS za marzec 2018 r.

tytułem od.

Zakład Fryzjerski Super Lok Bogdan Nowicki
ul. Dąbrowskiego 16
42-202 Częstochowa

30.03.2018 r. Bogdan Nowicki

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Oплата:

06

Część pisemna

Numer zadania	Odpowiedź	Numer zadania	Odpowiedź
1	B	21	C
2	B	22	B
3	C	23	B
4	D	24	C
5	B	25	C
6	B	26	A
7	B	27	C
8	C	28	B
9	D	29	D
10	D	30	C
11	B	31	B
12	A	32	C
13	D	33	D
14	C	34	D
15	D	35	C
16	B	36	D
17	D	37	C
18	B	38	C
19	B	39	B
20	B	40	C

ZADANIE 1

$$\text{wynagrodzenie akordowe} = \frac{\text{liczba wytworzonych wyrobów}}{\text{norma czasu pracy}} \times \text{stawka akordowa}$$

$$\frac{5000 \text{ szt.}}{40 \text{ szt./godz.}} \times 28,00 \text{ zł/godz.} = 3500,00 \text{ zł}$$

ZADANIE 3

podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne = płaca zasadnicza + wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy – składki na ubezpieczenie społeczne

$$(2900,00 \text{ zł} + 500,00 \text{ zł}) - (283,04 \text{ zł} + 43,50 \text{ zł} + 71,05 \text{ zł}) = 3002,41 \text{ zł}$$

ZADANIE 6

$$2900,00 \text{ zł} \times 9,76\% = 283,04 \text{ zł}$$

ZADANIE 7

$$(4500,00 \text{ zł} + 5000,00 \text{ zł} + 2800,00 \text{ zł}) \times 0,1\% = 12,30 \text{ zł}$$

ZADANIE 9

$$\text{dodatek za pracę w porze nocnej} = \frac{\text{wynagrodzenie minimalne}}{\text{wymiar czasu pracy}} \times \text{stawka } 20\%$$

$$(2100,00 \text{ zł} / 152 \text{ godz.}) \times 20\% = 2,76 \text{ zł}$$

ZADANIE 10

Okres wypowiedzenia tej umowy to 2 tygodnie, a termin rozwiązania to sobota. Jeśli więc pracownica chce odejść 24 marca, to okres wypowiedzenia musi trwać od 12 marca. Właściwą datą złożenia wypowiedzenia jest 7 marca.