



VI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

07. Rodzaj świadczenia / przerwy	Okres od - do (dd / mm)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		Kod choroby	Kwota
	08.	09.	10.	11.		
						zł, gr
13.						zł, gr
19.						zł, gr
25.						zł, gr
31.						zł, gr
37.						zł, gr
43.						zł, gr

VII OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

**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 przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika

01. Okres, którego raport dotyczy (mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

03. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika

