

Umowa o pracę

.....
(miejscowość i data)

UMOWA O PRACĘ

zawarta w dniu..... w na¹ okres próbny od do
..... / czas określony od do/ czas nieokreślony
pomiędzy:

.....
(nazwa firmy)

.....
(adres)

.....
(NIP oraz wpis do KRS/CEIDG)

reprezentowaną przez:

....., zwanym dalej Pracodawcą

a

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

zwanym dalej Pracownikiem.

1. Strony ustalają następujące warunki zatrudnienia:

a) rodzaj pracy²:

b) miejsce wykonywania pracy:.....
.....

c) wymiar czasu pracy:.....
.....

d) wynagrodzenie³:.....

słownie:

.....

.....

¹ niepotrzebne skreślić

² stanowisko

³ wynagrodzenie zasadnicze plus dodatkowe składniki wynagrodzenia np. premie, dodatki, nagrody

e) inne warunki zatrudnienia:

.....
.....
.....

f)

.....(do
puszczalna liczba godzin pracy ponad określony w umowie wymiar czasu pracy, których przekroczenie uprawnia
pracownika, oprócz normalnego wynagrodzenia, do dodatku, o którym mowa w art. 151 § 1 k.p. - dotyczy umowy zawartej z
pracownikiem w niepełnym wymiarze godzin)

g) Przyczyny uzasadniające zawarcie umowy:

.....
.....

(informacja, o której mowa w art. 29 § 1¹ Kodeksu pracy, o obiektywnych przyczynach uzasadniających zawarcie umowy o
pracę na czas określony)⁴

2. Dniem rozpoczęcia pracy jest dzieńr.

.....
(podpis pracodawcy)

.....
(podpis pracownika)

Aneks do umowy

Aneks nr

(nr aneksu)

z dnia

(data sporządzenia aneksu)

Strony zgodnie postanawiają dokonać zmian w treści umowy nr zawartej

(nr umowy, której dotyczy aneks)

dnia w której przedmiotem jest

(data podpisania umowy)

(miejscowość)

.....
(określenie przedmiotu umowy)

pomiędzy:

..... zwanym dalej "....."

a

..... zwanym dalej "....."

I. Aneks, zgodnym postanowieniem stron, wprowadza do umowy nr

(nr umowy, której dotyczy aneks)

następujące zmiany:

1. Określoną w § pkt. treść:

.....

zastępuje się treścią

.....

2. Dodaje się do umowy § w brzmieniu:

.....

II. Pozostałe postanowienia umowy nie ulegają zmianie.

III. Aneks sporządzono w jednobrzmiących egzemplarzach po dla

(ilość)

(ilość)

każdej ze stron.

(podpis)

(podpis)

Świadectwo pracy

.....
(pracodawca, siedziba/miejsce zamieszkania)
.....
(nr REGON - PKD)
.....
(NIP)

.....
(miejscowość, data)

ŚWIADECTWO PRACY

1. Stwierdza się, że

.....
(imię /imiona i nazwisko pracownika)
urodzony
.....
(data urodzenia)
był zatrudniony
.....
(pracodawca)
w okresie od do w wymiarze
..... (wymiar czasu pracy)
w okresie od do w wymiarze
..... (wymiar czasu pracy)
w okresie od do w wymiarze
..... (wymiar czasu pracy)

2. W okresie zatrudnienia pracownik wykonywał pracę tymczasową na rzecz:

..... w okresie od do
(pracodawca użytkownik)
..... w okresie od do
(pracodawca użytkownik)

3. W okresie zatrudnienia pracownik wykonywał pracę

.....
.....
(zajmowane stanowiska lub pełnione funkcje)

4. Stosunek pracy ustał w wyniku:

a) rozwiązania

.....
.....
(tryb i podstawa prawna rozwiązania stosunku pracy)

b) wygaśnięcia

.....
.....
(podstawa prawna wygaśnięcia stosunku pracy)

5. Został zastosowany skrócony okres wypowiedzenia umowy o pracę na podstawie art. 36¹

§ 1 Kodeksu pracy.....
(okres, o który został skrócony okres wypowiedzenia, uprawniający do odszkodowania)

6. W okresie zatrudnienia pracownik:

1) wykorzystał zwolnienie od pracy przewidziane w art. 148¹ Kodeksu pracy:

(liczba dni lub godzin zwolnienia wykorzystanego w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

2) wykorzystał urlop wypoczynkowy w wymiarze

(urlop wypoczynkowy wykorzystany w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

w tym

(urlop wypoczynkowy wykorzystany na podstawie art. 167² Kodeksu pracy w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

3) wykorzystał urlop opiekuńczy w wymiarze:

(liczba dni urlopu wykorzystanego w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

4) korzystał z urlopu bezpłatnego

(okres trwania urlopu bezpłatnego i podstawa prawna jego udzielenia)

5) wykorzystał urlop ojcowski w wymiarze w częściach

6) wykorzystał urlop rodzicielski

7) wykorzystał urlop wychowawczy udzielony na podstawie

8) korzystał z ochrony stosunku pracy, o której mowa w art. 186⁸ § 1 pkt 2 Kodeksu pracy, w okresie (okresach)

9) wykorzystał zwolnienie od pracy przewidziane w art. 188 Kodeksu pracy

(liczba dni lub godzin zwolnienia wykorzystanego w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

10) wykonywał pracę zdalną przewidzianą w art. 67³³ Kodeksu pracy

(liczba dni wykonywania pracy zdalnej w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

11) był niezdolny do pracy przez okres dni

(liczba dni, za które pracownik otrzymał wynagrodzenie, zgodnie z art. 92 Kodeksu pracy, w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

12)

(dni, za które pracownik nie zachował prawa do wynagrodzenia, przypadające w okresie od dnia 1 stycznia 2003 r. do dnia 31 grudnia 2003 r., zgodnie z art. 92 § 1¹ Kodeksu pracy obowiązującym w tym okresie)

13) odbył służbę wojskową w okresie

(okres odbywania czynnej służby wojskowej lub jej form zastępczych)

14) wykonywał pracę w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze

(okresy wykonywania pracy oraz jej rodzaj i zajmowane stanowiska)

15) wykorzystał dodatkowy urlop albo inne uprawnienia lub świadczenia przewidziane przepisami prawa pracy

16)

(okresy nieskładkowe, przypadające w okresie zatrudnienia wskazanym w ust. 1, uwzględniane przy ustalaniu prawa do emerytury lub renty)

7. Informacja o zajęciu wynagrodzenia:

(oznaczenie komornika i numer sprawy egzekucyjnej)

(wysokość potrąconych kwot)

8. Informacje uzupełniające:

.....
.....

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby działającej w jego imieniu)

POUCZENIE

Pracownik może w ciągu 14 dni od otrzymania świadectwa pracy wystąpić z wnioskiem do pracodawcy o sprostowanie świadectwa pracy. W razie nieuwzględnienia wniosku pracownikowi przysługuje, w ciągu 14 dni od zawiadomienia o odmowie sprostowania świadectwa pracy, prawo wystąpienia z żądaniem jego sprostowania do sądu pracy. W przypadku niezawiadomienia przez pracodawcę o odmowie sprostowania świadectwa pracy, żądanie sprostowania świadectwa pracy wnosi się do sądu pracy.
(podstawa prawna - art. 97 § 2¹ Kodeksu pracy)

Karta szkolenia BHP

.....
(nazwa pracodawcy (pieczęć))

KARTA SZKOLENIA WSTĘPNEGO W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

1. Imię i nazwisko osoby odbywającej szkolenie	
2. Nazwa komórki organizacyjnej	
3. Instruktaż ogólny	Instruktaż ogólny przeprowadził w dniu r. (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż) (podpis osoby, której udzielono instruktażu*)
4. Instruktaż stanowiskowy	1) Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy przeprowadził w dniach r. (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż) Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan(i) został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku (podpis osoby, której udzielono instruktażu*) (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej)
	2)** Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy przeprowadził w dniach r. (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż) Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan(i) został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku (podpis osoby, której udzielono instruktażu*) (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej)

* Podpis stanowi potwierdzenie odbycia instruktażu i zapoznania się z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczącymi wykonywanych prac.

** Wypełniać w przypadkach, o których mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Lista płac

[illegible]

Raport ZUS

PLATNIK WYPELNI POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBESKIM 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 / rrr)						
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK						
01. Numer NIP (wpisać bez kresak)						
02. Numer REGON						
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 / rrr)						
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
III. 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						
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						

VL A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ									
01. Nazwisko									
02. Imię pierwsze									
03. Typ					04. Identyfikator				
VL B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE									
01. Kod tytułu ubezpieczenia					02. Podstawa wymiaru składki				
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ^{a)}					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

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(-na) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

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

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.

PIT-11

POLTAX

POLA JASNE WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY, POLA CIEMNE WYPEŁNIA URZĄD. WYPEŁNIAĆ DUŻYM, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBESKIM KOŁOREM.
Składanie w wersji elektronicznej: www.podatki.gov.pl

1. Identyfikator podatkowy NIP ¹⁾ / numer PESEL ²⁾ (wpisać całość w odrębny kwadrat) składającego	2. Nr dokumentu	3. Status
---	-----------------	-----------

PIT-11

INFORMACJA O PRZYCHODACH Z INNYCH ŹRÓDEŁ ORAZ O DOCHODACH I POBRANYCH ZALICZKACH NA PODATEK DOCHODOWY

w roku²⁾

4. Rok

5. Nr informacji ³⁾

Podstawa prawna:	Art. 35 ust. 6 ⁴⁾ , art. 39 ust. 1, art. 42 ust. 2 pkt 1, art. 42a ust. 1, art. 42e ust. 6 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1128, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”; art. 35a ust. 5 ustawy, w brzmieniu obowiązującym przed dniem 26 października 2007 r. ⁵⁾
Składający:	Płatnicy podatku dochodowego od osób fizycznych, a także niebędący płatnikami: rolnicy, osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i ich jednostki organizacyjne oraz jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej.
Terminy składania:	Do końca stycznia roku następującego po roku podatkowym ⁶⁾ – dla informacji składanych urzędowi skarbowemu; do końca lutego roku następującego po roku podatkowym – dla informacji przesyłanych podatnikowi; w terminie 14 dni od złożenia pisemnego wniosku przez podatnika – w przypadku gdy w trakcie roku podatkowego ustał obowiązek poboru zaliczki przez płatników, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy; do dnia zaprzestania działalności ⁷⁾ – w przypadku gdy składający zaprzestali działalności przed końcem stycznia lub odpowiednio przed końcem lutego roku następującego po roku podatkowym.
Otrzymuje:	Podatnik oraz urząd skarbowy według miejsca zamieszkania podatnika, a w przypadku podatników, o których mowa w art. 3 ust. 2a ustawy, urząd skarbowy w sprawach opodatkowania osób zagranicznych.

A. MIEJSCE I CEL SKŁADANIA INFORMACJI

6. Urząd skarbowy, do którego adresowana jest informacja⁷⁾

7. Cel złożenia formularza (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ 1. złożenie informacji☐ 2. korekta informacji⁸⁾

B. DANE IDENTYFIKACYJNE SKŁADAJĄCEGO

* — dotyczy składającego niebędącego osobą fizyczną ** — dotyczy składającego będącego osobą fizyczną

8. Rodzaj składającego (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ 1. składający niebędący osobą fizyczną☐ 2. osoba fizyczna

9. Nazwa pełna*

10. Nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia**

C. DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRES ZAMIESZKANIA PODATNIKA

11. Rodzaj obowiązku podatkowego podatnika (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ 1. nieograniczony obowiązek podatkowy (rezydent)☐ 2. ograniczony obowiązek podatkowy (nierezydent)¹⁰⁾12. Identyfikator podatkowy NIP / numer PESEL²⁾ (wpisać całość w odrębny kwadrat)13. Zagraniczny numer identyfikacyjny podatnika (numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)¹¹⁾14. Rodzaj numeru identyfikacyjnego (dokumentu stwierdzającego tożsamość)¹²⁾15. Kraj wydania numeru identyfikacyjnego (dokumentu stwierdzającego tożsamość)¹²⁾

16. Nazwisko

17. Pierwsze imię

18. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

19. Kraj

20. Województwo

21. Powiat

22. Gmina

23. Ulica

24. Nr domu

25. Nr lokalu

26. Miejscowość

27. Kod pocztowy

D. INFORMACJA O KOSZTACH UZYSKANIA PRZYCHODU Z TYTUŁU STOSUNKU SŁUŻBOWEGO, STOSUNKU PRACY, SPÓŁDZIELCZEGO STOSUNKU PRACY ORAZ PRACY NAKŁADCZEJ

28. Koszty uzyskania przychodów, wykazane w poz. 30, zostały uwzględnione do wysokości przysługującej podatnikowi (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ 1. z jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych)☐ 2. z więcej niż jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych)☐ 3. z jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych), podwyższone w związku z zamieszkiwaniem podatnika poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy☐ 4. z więcej niż jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych), podwyższone w związku z zamieszkiwaniem podatnika poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy

Lista obecności

Lista obecności pracowników nr

Za okres od do

Kierownik jednostki:

Pracownik	Podpis kierownika
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
Σ					

Wniosek urlopowy

..... (imię i nazwisko pracownika) (miejscowość, data)
..... (stanowisko) (oznaczenie pracodawcy)

Wniosek o urlop wypoczynkowy

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi urlopu wypoczynkowego przysługującego za rok,
w liczbie dni..... w terminie od do

Z poważaniem

.....
(podpis pracownika)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody^{)} na udzielenie urlopu w terminie i wymiarze wskazanym w niniejszym wniosku.*

.....
(data i podpis pracodawcy)

^{*)} niepotrzebne skreślić

Ewidencja czasu pracy

DANE PRACODAWCY:

MIESIĘCZNA KARTA EWIDENCJI CZASU PRACY
miesiąc: rok:

DANE PRACOWNIKA:

imię i nazwisko:

stanowisko:

system czasu pracy:

okres rozliczeniowy:

wymiar czasu pracy:

godziny pracy:

Lp.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Razem
	Czas pracochwytany ogółem																																
	Godzina rozpoczęcia																																
1	Godzina zakończenia pracy																																
a)	Godziny pracochwytane w niedzielę i święta																																
b)	Godziny pracochwytane w porze nocnej																																
c)	Godziny nadliczbowe – dodatek 50%																																
d)	Godziny nadliczbowe – dodatek 100%																																
e)	Godziny pracochwytane w dni wolne od pracy																																
2	Czas pracochwytany na dyżurze, godzina rozpoczęcia i zakończenia																																
3	Dni wolne od pracy oraz tytuł ich udzielenia																																
4	Urlopy (rodzaj i wymiar)																																
5	Choroba																																
6	Inne zasiłkowe (rodzaj i wymiar)																																
7	Nieobecności usprawiedliwione (rodzaj i wymiar)																																
a)	a) płatne																																
b)	b) niepłatne																																
8	Nieobecności nieusprawiedliwione (wymiar)																																

UWAGI:

Deklaracja ZUS DRA

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

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA SPOŁECZNYCH		ZUS DRA	strona 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA		
I. DANE ORGANIZACYJNE						
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / mm)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
03. Data nadania (dd / mm / mm)		04. Nalepka „R”				
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK						
01. Numer NP (wisać bez kresek)		02. Numer REGON				
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 / mm)				
III. INNE INFORMACJE						
01. Liczba ubezpieczonych		02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾		03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe		
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA						
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)	
	07. płatnika składek		08. płatnika składek		09. (p. 07 + p. 08)	
	10. budżet państwa		11. budżet państwa		12. (p. 10 + p. 11)	
	13. PFRON ²⁾		14. PFRON ²⁾		15. (p. 13 + p. 14)	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny		18. (p. 16 + p. 17)	
	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 składek		26. płatnika składek		27. (p. 25 + p. 26)	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	28. budżet państwa		29. budżet państwa		30. (p. 28 + p. 29)	
	31. PFRON ²⁾		32. PFRON ²⁾		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 składek (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		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)		
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ³⁾				

PIT-4R

POLTAX

POLA JASNE WYPELNIĄ PŁATNIK, POLA CIEMNE WYPELNIĄ URZĄD. WYPELNIĄĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.
Składanie w wersji elektronicznej: www.podatki.gov.pl

1. Identyfikator podatkowy NIP płatnika ¹⁾	2. Nr dokumentu	3. Status
---	-----------------	-----------

PIT-4R

DEKLARACJA ROCZNA O ZALICZKACH
NA PODATEK DOCHODOWY

za rok podatkowy

4. Rok

Podstawa prawna:	Art. 38 ust. 1a, art. 42 ust. 1a i art. 42e ust. 5 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2647, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”; art. 35a ust. 4a ustawy, w brzmieniu obowiązującym przed dniem 26 października 2007 r. ²⁾
Składający:	Płatnik podatku dochodowego od osób fizycznych.
Terminy składania:	Do końca stycznia roku następującego po roku podatkowym. W przypadku zaprzestania działalności ³⁾ przez płatników, o których mowa w art. 32–35, art. 41 i art. 42e ustawy, przed tym terminem — do dnia zaprzestania tej działalności, a w przypadku płatnika, o którym mowa w art. 35a ustawy ⁴⁾ , który zaprzestał poboru zaliczek przed tym terminem — do dnia ustania obowiązku poboru tych zaliczek.
Otrzymuje:	Urząd skarbowy według miejsca zamieszkania płatnika, a jeżeli płatnik nie jest osobą fizyczną, według siedziby bądź miejsca prowadzenia działalności, gdy płatnik nie posiada siedziby; w przypadku gdy płatnikiem jest przedsiębiorstwo w spadku — urząd skarbowy według ostatniego miejsca zamieszkania zmarłego przedsiębiorcy.

A. MIEJSCE I CEL SKŁADANIA DEKLARACJI

5. Urząd skarbowy, do którego adresowana jest deklaracja ⁵⁾
6. Cel złożenia formularza (zaznaczyć właściwy kwadrat): <input type="checkbox"/> 1. złożenie deklaracji <input type="checkbox"/> 2. korekta deklaracji
7. Rodzaj korekty (zaznaczyć właściwy kwadrat): <input type="checkbox"/> 1. korekta deklaracji, o której mowa w art. 81 Ordynacji podatkowej ⁶⁾ <input type="checkbox"/> 2. korekta deklaracji, o której mowa w art. 81b § 1a Ordynacji podatkowej ⁶⁾

B. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA

* — dotyczy płatnika niebędącego osobą fizyczną ** — dotyczy płatnika będącego osobą fizyczną

8. Rodzaj składającego (zaznaczyć właściwy kwadrat): <input type="checkbox"/> 1. płatnik niebędący osobą fizyczną <input type="checkbox"/> 2. osoba fizyczna
9. Nazwa pełna * / Nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia ⁷⁾ **

C. WYKAZ NALEŻNYCH ZALICZEK NA PODATEK DOCHODOWY ZA POSZCZEGÓLNE
MIESIĄCE ROKU PODATKOWEGO

		I	II	III	IV	V	VI
1. Zaliczki na podatek pobrane przez płatników, o których mowa w art. 32 ust. 1 i art. 42e ust. 1 ustawy, od dochodów wymienionych w tych przepisach	Liczba podatników	10.	11.	12.	13.	14.	15.
		16.	17.	18.	19.	20.	21.
		VII	VIII	IX	X	XI	XII
	Liczba podatników	22.	23.	24.	25.	26.	27.
		28.	29.	30.	31.	32.	33.
2. Zaliczki pobrane przez płatników, o których mowa w art. 33–35 ustawy, od dochodów wymienionych w tych przepisach		34.	35.	36.	37.	38.	39.
		VII	VIII	IX	X	XI	XII
		40.	41.	42.	43.	44.	45.
		I	II	III	IV	V	VI
		46.	47.	48.	49.	50.	51.
		VII	VIII	IX	X	XI	XII
3. Zaliczki pobrane przez płatników, o których mowa w art. 41 ustawy, od świadczeń z tytułu działalności określonej w art. 13 pkt 2 i 4–9 oraz art. 18 ustawy		52.	53.	54.	55.	56.	57.
		VII	VIII	IX	X	XI	XII
		I	II	III	IV	V	VI
		46.	47.	48.	49.	50.	51.
		VII	VIII	IX	X	XI	XII

Deklaracja PFRON

Dziennik Ustaw Nr 80

— 5907 —

Poz. 862

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej
z dnia 20 lipca 2001 r. (poz. 862)

Załącznik nr 1

Wzór

DEK – I – 0 Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹			1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. REGON _____	3. NIP _____	4. PKD _____		
5. Pełna nazwa pracodawcy _____				
6. Kod pocztowy _____	7. Miejscowość _____	8. Ulica _____	9. Nr domu _____	10. Nr lokalu _____

B. Informacje o deklaracji	
11. Okres sprawozdawczy	12. Deklaracja:
1. Miesiąc _____	2. Rok _____
<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	

C. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy				
Zatrudnienie ogółem 13. _____		w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem 14. _____		
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym ze szczególnymi schorzeniami ²		umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami ²		lekkiem
15. _____	16. _____	17. _____	18. _____	19. _____
Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych $0,06 * \text{poz. } 13 - (3 * \text{poz. } 15 + 2 * \text{poz. } 17 + \text{poz. } 14)$				20. _____

D. Rozliczenie wpłaty	
D1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty	
Przeciętne wynagrodzenie ³	21. _____
Wpłata należna ⁴	22. _____
Jeżeli otrzymano wartość ujemną – należy wpisać zero $0,4065 * \text{poz. } 21 * \text{poz. } 20$	

DEK-I-0 1/2

¹ W przypadku składania deklaracji DEK-I-0 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.

² O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżenia (Dz.U. Nr 124, poz. 820 i Nr 127, poz. 843).

³ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emerytalnych i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 8, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 27, poz. 238).

⁴ Na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy.

D2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy		<i>Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłat na PFRON</i>	
Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu <i>§ poz. 22</i>	Kwota należności po obniżeniu wpłaty <i>poz. 22 – poz. 23</i>		
23. _____	24. _____		
D3. Pozostała kwota obniżenia wpłat			
Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie	25. _____		
w tym kwota obniżenia nabyta przed 1 stycznia 1999 r. ⁵	26. _____		
D4. Złagodzenie obowiązku wpłat⁶		<i>Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</i>	
27. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat	Data wydania i znak decyzji	Kwota złagodzenia obowiązku	
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON	28. _____-_____-_____-	29. <i>§ poz. 24</i>	
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej		_____	
<input type="checkbox"/> 3. Inna		_____	
D5. Należna wpłata			
Kwota należna do zapłaty <i>poz. 24 – poz. 29</i>	30. _____		
E. Uwagi			

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 30 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).

INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA				
F. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych				
Zatrudnienie ogółem		31. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem	
		_____	32. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym ze szczególnymi schorzeniami ⁷		umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami ⁷		lekkim
33. _____	34. _____	35. _____	36. _____	37. _____
Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
38. Data wypełnienia deklaracji		39. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej		
_____		_____		
G. Adnotacje				

DEK-I-0 2₂

⁵ Na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczególnych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 88, poz. 401).

⁶ Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).

Regulamin pracy

1. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa organizację pracy, prawa i obowiązki pracowników oraz zasady funkcjonowania zakładu pracy zajmującego się projektowaniem i produkcją figurek oraz elementów dekoracyjnych przy użyciu technologii druku 3D.
2. Każdy pracownik zobowiązany jest do zapoznania się z regulaminem przed rozpoczęciem pracy.

2. Organizacja pracy

1. Czas pracy wynosi standardowo 8 godzin dziennie, 40 godzin tygodniowo, w trybie jednozmianowym lub dwuzmianowym – zgodnie z harmonogramem.
2. Pracownik jest zobowiązany stawiać się do pracy punktualnie, w stanie umożliwiającym bezpieczne wykonywanie obowiązków.
3. Każdy pracownik ma obowiązek potwierdzać obecność zgodnie z ustalonym systemem ewidencji czasu pracy.
4. Przerwa w pracy wynosi 30 minut dziennie i jest wliczana do czasu pracy.

3. Obowiązki pracowników

1. Dbanie o powierzone urządzenia, materiały oraz narzędzia do druku 3D.
2. Przestrzeganie zasad BHP, w szczególności dotyczących pracy z drukarkami 3D, żywicami, filamentami i sprzętem elektronicznym.
3. Zachowanie porządku na stanowisku pracy i w magazynie materiałów.
4. Zgłaszanie przełożonemu usterek sprzętu, nieprawidłowości w procesie produkcyjnym oraz zagrożeń bezpieczeństwa.
5. Przestrzeganie tajemnicy przedsiębiorstwa, w tym projektów, modeli 3D, procedur technologicznych oraz danych klientów.

4. Obowiązki pracodawcy

1. Zapewnienie sprawnych urządzeń oraz bezpiecznych warunków pracy.
2. Organizowanie szkoleń dotyczących obsługi drukarek 3D i bezpieczeństwa pracy.
3. Dostarczanie środków ochrony indywidualnej (rękawice, okulary ochronne, odzież robocza).
4. Zapewnienie niezbędnych materiałów do produkcji.

5. Zasady korzystania z urządzeń i materiałów

1. Drukarki 3D mogą obsługiwać wyłącznie pracownicy przeszkoleni w tym zakresie.
2. Zabrania się wykorzystywania sprzętu firmowego do celów prywatnych bez pisemnej zgody pracodawcy.
3. Materiały eksploatacyjne (filamenty, żywice, komponenty) muszą być używane zgodnie z dokumentacją techniczną.
4. Po zakończeniu pracy urządzenia powinny zostać wyłączone, a miejsce pracy uprzątnięte.

6. Bezpieczeństwo i higiena pracy

1. Pracownik ma obowiązek nosić środki ochrony indywidualnej zgodnie z charakterem wykonywanej pracy.
2. Niedopuszczalne jest spożywanie posiłków i napojów w pomieszczeniach produkcyjnych.
3. Wszelkie wypadki przy pracy należy niezwłocznie zgłaszać przełożonemu.
4. Pracownik ma obowiązek korzystać z urządzeń wentylacyjnych podczas pracy z żywicami fotopolimerowymi.

7. Odpowiedzialność porządkowa

1. Za naruszenie regulaminu pracownik może otrzymać upomnienie, naganą lub karę porządkową zgodnie z Kodeksem pracy.
2. Za szkody wynikłe z rażącego niedbalstwa pracownik ponosi odpowiedzialność materialną.

8. Postanowienia końcowe

1. Zmiany regulaminu wymagają formy pisemnej.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Regulamin wynagrodzeń

Regulamin wynagrodzeń

1. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady ustalania wynagrodzenia za pracę, dodatków, premii oraz innych świadczeń w firmie zajmującej się produkcją figurek 3D.
2. Wynagrodzenie za pracę wypłacane jest w formie miesięcznej, na konto bankowe wskazane przez pracownika.

2. Składniki wynagrodzenia

1. Wynagrodzenie zasadnicze – stała kwota wynikająca z umowy o pracę.
2. Premia produkcyjna – przyznawana na podstawie jakości wykonanych modeli 3D, terminowości oraz efektywności pracy.
3. Premia uznaniowa – przyznawana przez pracodawcę za szczególne osiągnięcia.
4. Dodatek za pracę zmianową – w przypadku pracy w trybie wielozmianowym.
5. Dodatek za godziny nadliczbowe – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pracy.

3. Zasady przyznawania premii produkcyjnej

1. Premia przysługuje za:
 - o poprawne przygotowanie modeli do druku,
 - o optymalne wykorzystanie materiałów,
 - o przestrzeganie norm jakościowych,
 - o brak błędów produkcyjnych.
2. Wysokość premii ustalana jest procentowo w stosunku do wynagrodzenia zasadniczego i może wynosić od 5% do 25%.

4. Wynagrodzenie za godziny nadliczbowe

1. Praca w godzinach nadliczbowych jest dopuszczalna w przypadkach uzasadnionych potrzebami produkcyjnymi.
2. Za godziny nadliczbowe pracownik otrzymuje dodatek zgodny z Kodeksem pracy:
 - o 50% wynagrodzenia – za godziny nadliczbowe w dni robocze,
 - o 100% wynagrodzenia – za pracę w nocy, niedziele i święta.

5. Potrącenia

1. Potrącenia mogą być dokonywane z wynagrodzenia wyłącznie na zasadach przewidzianych prawem.
2. Potrąceniu mogą podlegać kwoty związane z odpowiedzialnością materialną pracownika za szkody zawinione.

6. Świadczenia dodatkowe

1. Pracownikom mogą być przyznawane dodatki szkoleniowe za udział w kursach podnoszących kwalifikacje.
2. Firma może finansować pracownikom środki ochrony osobistej pogładowej (np. maski filtrujące wyższego standardu).

7. Terminy wypłat

1. Wynagrodzenie wypłacane jest do 10. dnia każdego miesiąca.
2. Premie wypłacane są wraz z wynagrodzeniem za miesiąc, w którym zostały naliczone.

8. Postanowienia końcowe

1. Zmiany w regulaminie wymagają formy pisemnej.
2. Regulamin obowiązuje wszystkich pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

ZUS ZWUA

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

ZUS ZLA

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ZUS ZLA

Wypełnić tylko pola jasne w wyznaczonych kratkach dużymi drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem

ZUS ZLA	Seria	Nr	KOPIA	POUFNE DRUK ŚCIŚLEGO ZARACHOWANIA	ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO					
01. PESEL ubezpieczonego		02. Imię pierwsze ubezpieczonego			
03. Nazwisko ubezpieczonego		04. Ubezpieczony w (1)			
05. Seria i numer paszportu (2)		06. Data urodzenia ubezpieczonego (dd / mm / rrrr) (2)			
DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO (3)					
07. Kod pocztowy		08. Miejscowość			
09. Ulica					
10. Numer domu		11. Numer lokalu			
DANE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY					
12. Niezdolność do pracy od (dd / mm / rrrr)		13. Niezdolność do pracy do (dd / mm / rrrr)		14. Pobyt w szpitalu od (dd / mm / rrrr)	
15. Pobyt w szpitalu do (dd / mm / rrrr)		16. Wskazania lekarskie (4)		17. Kod(y) (5)	
18. Numer statystyczny choroby		19. Kod pokrewieństwa osoby pod opieką (6)		20. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (dd / mm / rrrr)	
DANE PŁATNIKA					
21. Rodzaj identyfikatora płatnika (7)		22. Imię i nazwisko płatnika (8)			
MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH					
23. Nazwa skrócona					
24. Kod pocztowy		25. Miejscowość			
26. Ulica					
27. Numer domu		28. Numer lokalu			
DANE LEKARZA					
29. Identyfikator lekarza		30. Imię lekarza			
31. Nazwisko lekarza					
32. Data wystawienia dokumentu (dd / mm / rrrr)		33. Podpis i pieczęć lekarza, lekarza dentystry, starszego felczera, felczera			

(1) ZUS - wpisać 1 / KRUS - 2 / innym w Polsce - 3 / innym państwie - 4
 (2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano PESEL
 (3) Adres pobytu w okresie trwania niezdolności do pracy
 (4) Chory powinien leżeć - wpisać 1 / chory może chodzić - 2
 (5) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E
 (6) Jeśli dziecko - wpisać 1
 małżonek, rodzice, ojczym, macocha, rodzic dziecka, teściowie, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo - 2
 Inne osoby - 3
 (7) NIP - wpisać 1 / PESEL - 2 / seria i numer paszportu - 3
 (8) Należy wpisać (bez kresek) NIP lub PESEL, lub serię i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwać się NIP i nie nadano PESEL