

III. G. kwota przychodu wypłaconego w danym miesiącu, obok wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, świadczenia rehabilitacyjnego, który w okresie pobierania tego wynagrodzenia lub zasiłku nie stanowił podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

Okres rozliczeniowy (mm/rrrr)	Kwota
05/2024	138,89
07/2024	20,50

Data wypełnienia

2025-06-24

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

Podpis płatnika lub osoby upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika.