

## DANE TESTOWE

## 1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	FOB_DT_1_15
Nazwa danej testowej	Dokumenty zgłoszeniowe utworzone w wyniku rejestracji bezrobotnego bez prawa

## 2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

## 2.1. DANE DO IDENTYFIKACJI OSOBY W REJESTRZE BEZROBOTNYCH

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	PESEL	O	64090354063
2.	Nazwisko	O	Gajewska
3.	Imię	O	Danuta
Beneficjent zarejestrowany w systemie - dostępny z poziomu rejestru osób bezrobotnych			

## 2.2. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE UTWORZONE W WYNIKU REJESTRACJI

Dane id ubezpieczonego	Rodzaj Zgł.	Opcja Zgł. / wyr.	Kod tytułu ubezp.	Data zgł. / wyr.	Kod. wyr.	Oddział NFZ
	ZZA	zdr.	091102	03.11.2014	--	11R

## Zakres danych umieszczanych na wydruku dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZZA

ZUS ZZA		
<b>I. Dane organizacyjne</b>		
01	Zgł. do ubezpiecz. zdrowotnego	TAK
02	Zgł. Zmiany / korekty	-
<b>II. Dane identyfikacyjne Płatnika składek</b>		Wartość dot. urzędu pracy
01	NIP bez kresek	zgodna z bazą
02	REGON	zgodna z bazą
06	Nazwa skrócona	zgodna z bazą
<b>III. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia</b>		Z uwagi na brak numeru NIP umieszczamy dane dok. Tożsamości
01	PESEL	64090354063
02	NIP	-----
03	Rodzaj dokumentu	1
04	Seria i nr dokumentu	DB4698637
05	Nazwisko	Gajewska
06	Imię pierwsze	Danuta
07	Data urodzenia (dd/mm/rr)	03.09.1964
<b>IV. Dane ewidencyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia</b>		
01	Imię drugie	
02	Nazwisko rodowe	Kowalska
03	Obywatelstwo	POLSKIE
04	Płeć	K
<b>V. Tytuł ubezpieczenia</b>		

<b>01</b>	Kod tytułu ubezpieczenia	09 11 0 2
<b>VI. Dane o oddziale NFZ</b>		
<b>01</b>	Kod oddziału/Nazwa	zgodnie z bazą
<b>02</b>	Okres od / do	03.11.2014
<b>VIII. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu</b>		
<b>01</b>	Kod pocztowy	zgodnie z bazą
<b>02</b>	Miejscowość	zgodnie z bazą
<b>03</b>	Gmina	zgodnie z bazą
<b>04</b>	Ulica	zgodnie z bazą
<b>05</b>	Numer domu	zgodnie z bazą
<b>06</b>	Numer lokalu	zgodnie z bazą
<b>07</b>	Numer telefonu	zgodnie z bazą
<b>IX. Adres zamieszkania</b>		Nie wypełniany
<b>X. Adres do korespondencji</b>		Nie wypełniany
<b>XI. Oświadczenie Płatnika składek</b>		W formacie
<b>01</b>	Data wypełnienia	DDMMRRRR (data wydruku)