

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
64090354063	ZZA	zdr.	091102	16.09.2016	--	11R

Zakres danych umieszczanych na wydruku dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZZA

ZUS ZZA		
I. Dane organizacyjne		
01	Zgł. do ubezp. zdrowotnego	TAK
02	Zgł. Zmiany / korekty	-
II. Dane identyfikacyjne Płatnika składek		Wartość dot. urzędu pracy
01	NIP bez kresek	zgodna z bazą
02	REGON	zgodna z bazą
06	Nazwa skrócona	zgodna z bazą
III. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia		
01	PESEL	64090354063
02	NIP	-----
03	Rodzaj dokumentu	1
04	Seria i nr dokumentu	DBA469863
05	Nazwisko	Gajewska
06	Imię pierwsze	Danuta
07	Data urodzenia (dd/mm/rr)	03.09.1964
IV. Dane ewidencyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia		
01	Imię drugie	
02	Nazwisko rodowe	Kowalska
03	Obywatelstwo	POLSKIE
04	Płeć	K

V. Tytuł ubezpieczenia		
01	Kod tytułu ubezpieczenia	09 11 0 2
VI. Dane o oddziale NFZ		
01	Kod oddziału/Nazwa	zgodnie z bazą
02	Okres od / do	16.09.2016
VIII. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu		
01	Kod pocztowy	zgodnie z bazą
02	Miejscowość	zgodnie z bazą
03	Gmina	zgodnie z bazą
04	Ulica	zgodnie z bazą
05	Numer domu	zgodnie z bazą
06	Numer lokalu	zgodnie z bazą
07	Numer telefonu	zgodnie z bazą
IX. Adres zamieszkania		Nie wypełniany
X. Adres do korespondencji		Nie wypełniany
XI. Oświadczenie Płatnika składek		W formacie
01	Data wypełnienia	DDMMRRRR (data wydruku)