

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

| | |
|----------------------|---|
| Numer danej testowej | DT_8_9 |
| Nazwa danej testowej | Dane listy wypłat z różnymi świadczeniami |

2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

2.1. DANE NAGŁÓWKA LISTY WYPŁAT

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|---|-------------------------|--------------|
| 1. | Numer listy wypłat | W | |
| 2. | Data początkowa okresu naliczania świadczeń | W | |
| 3. | Data końcowa okresu naliczania świadczeń | W | |
| 4. | Data generacji | W | |
| 5. | Data wypłaty | W | |
| 6. | Miejsce wypłaty | W | |
| 7. | Sporządził | W | |
| 8. | Nazwa systemu | W | |
| 9. | Uwagi | O | |

2.2. DANE IDENTYFIKACYJNE KLIENTA RP – DLA INDYWIDUALNYCH LIST WYPŁAT UMIESZCZANE SĄ W NAGŁÓWKU LISTY

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|----------------------------|-------------------------|--------------|
| 1. | Nazwisko i imię Klienta RP | W | |
| 2. | Imię ojca | W | |
| 3. | Adres | W | |
| 4. | Data urodzenia | W | |
| 5. | PESEL | W | |
| 6. | Nr dokumentu tożsamości | O | |
| 7. | Forma płatności | W | |

2.3. DANE NALICZONYCH ŚWIADCZEŃ NA LIŚCIE WYPŁAT

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|--|-------------------------|--------------|
| 8. | Kod świadczenia będącego składnikiem wypłaty | W | |
| 9. | Liczba dni świadczenia | W | |

| | | | |
|-----|---|---|-------------------|
| 10. | Kwota brutto świadczenia/świadczeń | W | |
| 11. | Kwota netto świadczenia | W | |
| 12. | Kwota podatku od świadczenia | W | |
| 13. | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu | W | |
| 14. | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku | | |
| 15. | Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia | | |
| 16. | Pełna kwota składki zdrowotnej od świadczenia | | |
| 17. | Kwota do wypłaty/Przelania | W | |
| 18. | Nr rachunku bankowego | O | Tylko gdy przelew |
| 19. | Łączna kwota wypłaty/do przelania | | |
| 20. | Słownie ogólna kwota wypłaty/przelania | | |

2.4. DANE PODSUMOWANIA LISTY ŚWIADCZEŃ

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|---|-------------------------|-------------------------|
| 1. | Rodzaj świadczenia będącego składnikiem wypłaty | W | Świadczenia pogrupowane |
| 2. | Liczba dni świadczenia (suma) | W | |
| 3. | Liczba wystąpień (suma) | W | |
| 4. | Kwota brutto świadczenia (suma) | W | |
| 5. | Kwota netto świadczenia (suma) | W | |
| 6. | Kwota podatku od świadczenia (suma) | W | |
| 7. | Odliczona składka zdrowotna (suma) | W | |
| 8. | Ogólna kwota wypłaty | W | |
| 9. | Ogólna kwota podatku | W | |
| 10. | Ogólna kwota odliczonej składki zdrowotnej | W | |

2.5. DANE PODSUMOWANIA SKŁADEK SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|-------------------------------|-------------------------|--------------|
| 1. | Rodzaj podstawy (świadczenia) | O | |
| 2. | Kwota odliczonej składki | O | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | zdrowotnej od świadczenia | | |
| 3. | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu | O | |
| 4. | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku | O | |
| 5. | Kwota składki emerytalnej od świadczenia | O | |
| 6. | Kwota składki rentowej od świadczenia | O | |
| 7. | Kwota składki wypadkowej od świadczenia | O | |