

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	FOB_DT_8_5
Nazwa danej testowej	Dane korekty indywidualnej z niepobranyymi stypendiami

2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

Naliczenie korekty indywidualnej za miesiąc, za który osoba poprzednio nie pobrała wypłaty stypendium stażowego. Wysokość składki wypadkowej 1,12%.

2.1. DANE NAGŁÓWKA LISTY WYPŁAT

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	Numer listy wypłat	W	17/KI/00101
2.	Data początkowa okresu naliczania świadczeń	W	01.04.2017
3.	Data końcowa okresu naliczania świadczeń	W	30.04.2017
4.	Data generacji	W	Data systemowa
5.	Data wypłaty	W	20.07.2015
6.	Miejsce wypłaty	W	Kasa3
7.	Sporządził	W	Dane identyfikacyjne użytkownika
8.	Nazwa systemu	W	
9.	Uwagi	O	Korekta niepobranego stypendium stażowego

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	Barczyk Dagmara (skierowany na staż)
2.	Imię ojca	W	Jan
3.	Adres	W	ul. Leśna 21 77-100 Bytów
4.	Data urodzenia	W	13.11.1960
5.	PESEL	W	60111362749
6.	Nr dokumentu tożsamości	O	DDD430290
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	Niepobrane stypendium za staż
9.	Liczba dni świadczenia	W	30
10.	Kwota brutto świadczenia/świadczeń	W	997,40 (SST=120% Zas.)
11.	Kwota netto świadczenia	W	851,30
12.	Kwota podatku od świadczenia	W	56,00
13.	Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu	W	12,47
14.	Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku		77,30
15.	Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia		89,77
16.	Pełna kwota składki zdrowotnej od świadczenia		89,77
17.	Kwota do wypłaty/Przelania	W	851,30
18.	Nr rachunku bankowego	O	Tylko gdy przelew
19.	Łączna kwota wypłaty/do przelania		851,30
20.	Słownie ogólna kwota wypłaty/przelania		osiemset trzydzieści jeden złotych trzydzieści groszy

2.4. DANE PODSUMOWANIA LISTY ŚWIADCZEŃ

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	Rodzaj świadczenia będącego składnikiem wypłaty	W	Suma stypendiów (staż)
2.	Liczba dni świadczenia (suma)	W	30
3.	Liczba wystąpień (suma)	W	1
4.	Kwota brutto świadczenia (suma)	W	997,40
5.	Kwota netto świadczenia (suma)	W	851,30
6.	Kwota podatku od świadczenia (suma)	W	56,00
7.	Odliczona składka zdrowotna (suma)	W	89,77
8.	Ogólna kwota wypłaty	W	851,30
9.	Ogólna kwota podatku	W	56,00
10.	Ogólna kwota odliczonej składki zdrowotnej	W	89,77

2.5. DANE PODSUMOWANIA SKŁADEK SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	Rodzaj podstawy (świadczenia)	O	
2.	Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia	O	rozliczana na liście podstawowej
3.	Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu	O	rozliczana na liście podstawowej
4.	Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku	O	rozliczana na liście podstawowej
5.	Kwota składki emerytalnej od świadczenia	O	rozliczana na liście podstawowej
6.	Kwota składki rentowej od świadczenia	O	rozliczana na liście podstawowej
7.	Kwota składki wypadkowej od świadczenia	O	rozliczana na liście podstawowej