

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	DT_6_2
Nazwa danej testowej	Dane listy wypłat

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	W	
15.	Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia	W	
16.	Pełna kwota składki zdrowotnej od świadczenia	W	
17.	Kwota do wypłaty/Przelania	W	
18.	Nr rachunku bankowego	O	gdy przelew
19.	Łączna kwota wypłaty/do przelania	W	
20.	Słownie ogólna kwota wypłaty/przelania	W	

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/	Wartość pola
-----	------------	-----------	--------------

		Opcjonalne	
1.	Rodzaj podstawy (świadczenia)	O	
2.	Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia	O	
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	