

Nazwa kwalifikacji: **Planowanie i prowadzenie działalności w organizacji**

Oznaczenie kwalifikacji: **A.35**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**A.35-01-18.01**

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**  
**Rok 2018**  
**CZEŚĆ PRAKTYCZNA**

**Instrukcja dla zdającego**

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na **KARCIE OCENY** w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
  - swój numer PESEL\*,
  - oznaczenie kwalifikacji,
  - numer zadania,
  - numer stanowiska.
3. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 11 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz **KARTĘ OCENY** na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

***Powodzenia!***

\* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

## Zadanie egzaminacyjne

Jadwiga Malicka prowadzi w Kędzierzynie-Koźlu jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług kosmetycznych i opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.

Wykonaj następujące prace dla Salonu Kosmetycznego SKIN Jadwiga Malicka:

1. Sporządź i wydrukuj (w jednym egzemplarzu) w programie kadrowo-płacowym dokumenty dla pracownicy Katarzyny Gromady zatrudnionej w listopadzie 2017 r.:
  - kwestionariusz osobowy z danymi o wykształceniu, znajomości języków i przebiegu zatrudnienia,
  - umowę o pracę na czas nieokreślony,
  - listę płac nr 1/11/2017 za listopad 2017 r.

*Uwaga: Jeśli pracujesz w programie Symfonia Kadry i Płace, wydrukuj listę płac rozbudowaną, a jeśli w programie Optima – listę płac szczegółową.*

2. Wypełnij formularz ZUS ZUA *Zgłoszenie do ubezpieczeń* dla Katarzyny Gromady znajdujący się w arkuszu egzaminacyjnym.
3. Sporządź polecenie przelewu do urzędu skarbowego podatku dochodowego w formie karty podatkowej za listopad 2017 r. na druku znajdującym się w arkuszu egzaminacyjnym.
4. Oblicz wskaźniki rotacji zapasów materiałów w dniach za lata 2015-2016 na podstawie informacji zawartych w tabeli *Dane do obliczenia wskaźników rotacji zapasów materiałów w dniach za lata 2015-2016*. Zinterpretuj i oceń otrzymane wyniki. Miejsce przeznaczone na sporządzenie analizy znajduje się w arkuszu egzaminacyjnym.

Wykonaj zadanie na stanowisku egzaminacyjnym wyposażonym w komputer z zainstalowanym programem kadrowo-płacowym, podłączony do drukarki sieciowej.

### Prace z programem kadrowo-płacowym rozpocznij od:

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Salonu Kosmetycznego SKIN Jadwiga Malicka,
- wpisania swojego numeru PESEL pod nazwą Salonu Kosmetycznego SKIN Jadwiga Malicka,
- wprowadzenia danych właściciela/wspólnika Jadwigi Malickiej,
- wprowadzenia danych pracownicy Katarzyny Gromady do ewidencji osobowej,
- ustawienia parametrów programu niezbędnych do wykonania zadania.

**Dane identyfikacyjne Salonu Kosmetycznego SKIN Jadwiga Malicka do wprowadzenia  
w programie kadrowo-płacowym**

Nazwa skrócona		SKIN
Wersja		próbna
Nazwa pełna		Salon Kosmetyczny SKIN Jadwiga Malicka <b>wpisz swój numer PESEL</b>
NIP		2168741071
REGON		272839690
Adres siedziby		ul. Powstańców 15, 47-220 Kędzierzyn-Koźle
Województwo		opolskie
Podstawowy rachunek bankowy	nazwa	rachunek bieżący
	numer	75 2340 0009 0050 2440 0000 0072
	bank	Polbank EFG Centrala
	stan początkowy	10 000,00 zł
Urząd skarbowy	symbol	US
	kod	1604
	nazwa	Urząd Skarbowy w Kędzierzynie-Koźlu
	adres	ul. Piotra Skargi 19, 47-224 Kędzierzyn-Koźle
	rachunek bankowy dla zryczałtowanego podatku dochodowego	89 1010 0055 0201 6040 0007 0000 NBP O/Okr. w Bydgoszczy
Forma prawna		jednoosobowa działalność gospodarcza
Osoba fizyczna do deklaracji	Imię i nazwisko	Jadwiga Malicka <b>obok imienia wpisz swój numer PESEL</b>
	Data i miejsce urodzenia	16.02.1971 r., Opole
	PESEL	71021602623
	NIP	2168741071
	Adres zamieszkania	ul. Powstańców 15, 47-220 Kędzierzyn-Koźle
	Udział w firmie	100,00%
Typ prowadzonej działalności		pozarolnicza działalność gospodarcza
Rodzaj prowadzonej działalności		usługowa
Rok rozpoczęcia pracy		2017
Miesiąc pierwszej wypłaty		listopad 2017 r.
Zasiłki wypłacane przez		ZUS
Dzień przekazania składek ZUS		15 dzień następnego miesiąca
Imię i nazwisko szefa		Jadwiga Malicka Identyfikator: JM Hasło: <i>Nie wprowadzaj hasła</i>

**Dane pracownicy potrzebne do sporządzenia ewidencji osobowej, kwestionariusza osobowego, umowy o pracę, listy płac oraz formularza ZUS ZUA**

Imię i nazwisko	Katarzyna Gromada	
PESEL	86061111604	
Data i miejsce urodzenia	11.06.1986 r., Racibórz	
Obywatelstwo	polskie	
Stan cywilny	panna	
Imię ojca	Bogusław	
Imię i nazwisko rodowe matki	Beata Fatyga	
Dowód osobisty	numer	AXS788241
	data wydania	10.02.2016 r.
	organ wydający	Prezydent Miasta Kędzierzyn-Koźle
Adres zamieszkania/zameldowania	ul. Miła 10, 47-220 Kędzierzyn-Koźle	
Gmina/Powiat	Kędzierzyn-Koźle	
Województwo	opolskie	
Filar ZUS	I i II Filar	
Urząd Skarbowy	Urząd Skarbowy w Kędzierzynie-Koźlu	
Oddział NFZ	08R opolski	
Data przystąpienia do NFZ	02.11.2017 r.	
Wykształcenie	– zawód wyuczony – technik usług kosmetycznych – ukończona szkoła – Szkoła Policealna SIGMA – data ukończenia – 20.06.2014 r., liczba lat nauki – 2	
Znajomość języków obcych	– język angielski na poziomie B2	
Miejsce poprzedniego zatrudnienia	– nazwa i adres pracodawcy: Salon Urody FIT sp. z o.o., ul. Poczтовая 12, 47-400 Racibórz – stanowisko: kosmetyczka – okres zatrudnienia: od 01.07.2016 r. do 31.10.2017 r.	
Zestaw płacowy	Administracja	
Data zawarcia umowy	31.10.2017 r.	
Dzień rozpoczęcia pracy	02.11.2017 r.	
Rodzaj umowy	umowa na czas nieokreślony	
Dział	Kosmetyka	
Stanowisko	kosmetyczka	
Czas pracy	1/1 (pełen etat)	
Składniki wynagrodzenia	podstawa miesięczna 2 200,00 zł premia uznaniowa 400,00 zł	
Kod tytułu ubezpieczenia	01 10 0 0	
Naliczane składki ZUS	emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP	
Koszty uzyskania przychodów	111,25 zł	
Uprawnienie do ulgi podatkowej	pracownica złożyła pracodawcy oświadczenie PIT-2 upoważniające pracodawcę do odliczania od podatku kwoty wolnej 46,33 zł miesięcznie	
Treść umowy	umowa o pracę	

## **Informacje dodatkowe dotyczące działalności Salonu Kosmetycznego SKIN Jadwiga Malicka**

- W dniu 11.01.2017 r. Jadwiga Malicka otrzymała decyzję Naczelnika Urzędu Skarbowego w Kędzierzynie-Koźlu w sprawie ustalenia miesięcznej wysokości podatku dochodowego w formie karty podatkowej.

### **Fragment decyzji wydanej przez naczelnika urzędu skarbowego dotyczącej ustalenia wysokości podatku dochodowego w formie karty podatkowej**

Naczelnik Urzędu Skarbowego  
w Kędzierzynie-Koźlu  
OD/025-2017

Kędzierzyn-Koźle, 11.01.2017 r.

**Salon Kosmetyczny SKIN  
Jadwiga Malicka  
ul. Powstańców 15  
47-220 Kędzierzyn-Koźle**

#### **DECYZJA**

Na podstawie art. 207 § 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Ordynacja podatkowa (tj. Dz. U. z 2015 roku, poz. 613 ze zm.) i art. 30 ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych osiągniętych przez osoby fizyczne (Dz. U. z 2016 roku, poz. 2180 ze zm.) oraz obwieszczenia Ministra Finansów z dnia 24 października 2016 roku w sprawie stawek karty podatkowej kwoty, od której można wykonywać świadczenia przy prowadzeniu niektórych usług z wyjątkiem świadczeń dla ludności oraz kwartalnych stawek ryczałtu od przychodów proboszczów i wikariuszy obowiązujących w 2017 roku (Monitor Polski z dnia 16 listopada 2016 roku, poz. 1120), ustaląm wysokość zryczałtowanego podatku dochodowego od osób fizycznych opłacanego w formie karty podatkowej – wysokość stawki karty podatkowej na rok podatkowy 2017

#### **dla prowadzącego działalność gospodarczą w zakresie:**

**Działalność usługowa – Usługi kosmetyczne, stawka bazowa 405,00 zł, numer z tabeli: 88**

stawkę miesięczną na kwotę 405,00 zł (słownie: czterysta pięć złotych 00/100)

Termin płatności: do 7 dnia każdego miesiąca za miesiąc ubiegły, a za grudzień do dnia 28 grudnia roku podatkowego na rachunek bankowy organu podatkowego: 89 1010 0055 0201 6040 0007 0000.

- Jadwiga Malicka jest zatrudniona na pełnym etacie w innym zakładzie pracy z wynagrodzeniem wyższym od minimalnego, dlatego też z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej Jadwiga Malicka opłaca za siebie tylko składkę na ubezpieczenie zdrowotne, miesięcznie w wysokości 297,28 zł.
- W każdym miesiącu od stawki bazowej podatku dochodowego odlicza składkę zdrowotną w wysokości 7,75% podstawy jej wymiaru, czyli kwotę 255,99 zł.
- Przez cały okres prowadzenia działalności gospodarczej Jadwiga Malicka zatrudniała jedną pracownicę, która w październiku odeszła na emeryturę. Od 2 listopada 2017 r. została zatrudniona na czas nieokreślony Katarzyna Gromada.
- Osobą upoważnioną do wystawiania dokumentów jest Jadwiga Malicka (szef).
- Numeracja dokumentów jest prowadzona odrębnie dla każdego dowodu ze wskazaniem kolejnego numeru, miesiąca i roku, np. 1/11/2017.

### Zdarzenia gospodarcze

- 31.10.2017 r. sporządzono kwestionariusz osobowy dla Katarzyny Gromady,
- 31.10.2017 r. sporządzono umowę o pracę na czas nieokreślony dla Katarzyny Gromady,
- 07.11.2017 r. wypełniono formularz ZUS ZUA dotyczący zgłoszenia pracownicy Katarzyny Gromady do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego,
- 30.11.2017 r. sporządzono listę płac nr 1/11/2017 za listopad 2017 r. dla Katarzyny Gromady,
- 30.11.2017 r. sporządzono polecenie przelewu do urzędu skarbowego podatku dochodowego w formie karty podatkowej za listopad z uwzględnieniem odliczonej składki na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 7,75% podstawy wymiaru.

### Symbole formularzy lub płatności do urzędu skarbowego

Symbol formularza (tytuł płatności)	Opis
CIT	podatek dochodowy od osób prawnych
KP	podatek dochodowy opłacany w formie karty podatkowej
PIT	podatek dochodowy od osób fizycznych
VAT-7	deklaracja miesięczna dla podatku od towarów i usług

### Dane do obliczenia wskaźników rotacji zapasów materiałów w dniach za lata 2015-2016

Wybrane pozycje	Stan na dzień (w zł)		
	01.01.2015 r.	31.12.2015 r.	31.12.2016 r.
Materiały	2 000,00	3 000,00	4 000,00
Przychody ze sprzedaży usług	—————	45 625,00	51 100,00

### Wykaz wybranych wskaźników

$$\text{Wskaźnik rentowności sprzedaży netto} = \frac{\text{Zysk netto} \times 100}{\text{Przychody ze sprzedaży}}$$

$$\text{Wskaźnik rotacji zapasów w dniach} = \frac{\text{Przeciętny stan zapasów} \times 365}{\text{Przychody ze sprzedaży}}$$

$$\text{Wskaźnik rotacji zapasów w razach} = \frac{\text{Przychody ze sprzedaży}}{\text{Przeciętny stan zapasów}}$$

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.**

**Ocenię będzie podlegać 6 rezultatów:**

- Kwestionariusz osobowy – wydruk,
- Umowa o pracę – wydruk,
- ZUS ZUA *Zgłoszenie do ubezpieczeń* – w arkuszu egzaminacyjnym,
- Lista płac nr 1/11/2017 za listopad 2017 r. – wydruk,
- Polecenie przelewu do urzędu skarbowego – w arkuszu egzaminacyjnym,
- Analiza rotacji zapasów materiałów w dniach za lata 2015-2016 – w arkuszu egzaminacyjnym.

# Formularz ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
--------------------------------	---------	-----------	--

## I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych)<sup>1)</sup>

04. Nalepka „R”

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

03. Numer PESEL<sup>2)</sup>

02. Numer REGON

04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

## III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL<sup>2)</sup>

02. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)

03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

## IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)

## V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>3)</sup>

## VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)

Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)

02. Emerytalnemu

04. Chorobowemu

03. Rentowym

05. Wypadkowemu

## VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

## VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)

01. Emerytalnym

03. Rentowymi

05. Chorobowym

02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

## IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

## X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ<sup>4)</sup>

01. Kod wykonywanego zawodu

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)

04. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)

**XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)**

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)**

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

**XIV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

**XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA**

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

**XVI. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1</sup>W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.  
<sup>2</sup>Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>3</sup>Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA..  
<sup>4</sup>Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.



## Druk polecenia przelewu do urzędu skarbowego

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa	01. nazwa organu podatkowego											
	02. nazwa organu podatkowego cd.											
	03. nr rachunku bankowego organu podatkowego											
	04.				05. kwota							
	<b>W P</b>				<b>PLN</b>							
	06. nr rachunku bankowego zobowiązanego (przelew) / kwota słownie (wpłata)											
	07. nazwa i adres zobowiązanego											
	08. nazwa i adres zobowiązanego cd.											
	09. NIP lub identyfikator uzupełniający zobowiązanego						10. typ identyfikatora			11. okres (rok, typ okresu, nr okresu)		
							<b>R R T</b>					
12. symbol formularza lub płatności				13. identyfikacja zobowiązania (rodzaj dokumentu np. Decyzja, tytuł wykonawczy, postanowienie)								
07												
14. pieczęć, data i podpis zobowiązanego						15. opłata						
						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
<p style="font-size: 8px;">typ identyfikatora: N-NIP, R - Regon, P - Pesel, 1 - dowód osobisty, 2 - paszport, 3 - inny dokument potwierdzający tożsamość</p> <p style="font-size: 8px;">typ okresu: np. R - rok, P - półrocze, K - kwartał, M - miesiąc, D - dekada, J - dzień</p>												

odcinek dla banku zobowiązanego

## Analiza rotacji zapasów materiałów w dniach za lata 2015-2016

Dobór wskaźnika

Obliczony wskaźnik rotacji zapasów za rok 2015

Obliczony wskaźnik rotacji zapasów za rok 2016

## **Analiza rotacji zapasów materiałów w dniach za lata 2015-2016**

Interpretacja wskaźnika za rok 2015

Interpretacja wskaźnika za rok 2016

Ocena rotacji zapasów

*Wypełnia zdający*

**Do arkusza egzaminacyjnego dołączam wydruki w liczbie: ..... kartek – czystopisu i ..... kartek – brudnopisu.**

*Wypełnia Przewodniczący ZN*

**Potwierdzam dołączenie przez zdającego do arkusza egzaminacyjnego wydruków w liczbie ..... kartek łącznie.**

.....  
*Czytelny podpis Przewodniczącego ZN*