

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

Oznaczenie kwalifikacji: **A.35**

Numer zadania: **03**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

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

**A.35-03-19.06**

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

## **EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**

**Rok 2019**

### **CZĘŚĆ 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 10 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

Marcin Paczkowski prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług kompleksowej pielęgnacji samochodów ciężarowych. Jest czynnym podatnikiem VAT i dokonuje sprzedaży wyłącznie opodatkowanej. Marcin Paczkowski zatrudnił w maju na umowę zlecenia Katarzynę Janochę do prowadzenia spraw kadrowo-płacowych i księgowych. Katarzyna Janocha jest zatrudniona na umowę o pracę u innego pracodawcy z wynagrodzeniem wyższym od minimalnego. Z tytułu zawartej umowy zlecenia podlega wyłącznie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Wykonaj prace dla Myjni GABARYT Marcin Paczkowski.

1. Sporządź w programie magazynowo-sprzedażowym i wydrukuj w jednym egzemplarzu dokumenty dotyczące zdarzeń z maja 2019 r.:
  - dowód Pz – *przyjęcie zewnętrzne* nr 1/05/2019 dotyczący przyjęcia zakupionych materiałów do magazynu,
  - polecenie przelewu dla Zakładu Produkcyjnego CLEAN sp. z o.o. za fakturę 52/05/2019,
  - fakturę nr 1/05/2019 dla Spedycja DARO sp. z o.o. za sprzedane usługi,
  - zamówienie nr 1/05/2019 do Zakładu Produkcyjnego CLEAN sp. z o.o. na materiały.
2. Wypełnij znajdujący się w arkuszu egzaminacyjnym formularz ZUS ZZA *Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego* w celu zgłoszenia Katarzyny Janochy do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Oblicz wskaźniki wydajności pracy pracowników w latach 2017-2018 na podstawie danych zawartych w tabeli *Dane do obliczenia wskaźników wydajności pracy w latach 2017-2018*. Zinterpretuj i oceń otrzymane wyniki. Miejsce przeznaczone na sporządzenie analizy znajduje się w arkuszu egzaminacyjnym.

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

### **Pracę z programem magazynowo-sprzedażowym rozpocznij od:**

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Myjni GABARYT Marcin Paczkowski,
- wpisania swojego numeru PESEL pod nazwą Myjnia GABARYT Marcin Paczkowski,
- ustawienia parametrów programu niezbędnych do wykonania zadania,
- założenia kartotek kontrahentów,
- założenia kartotek materiałów i usług.

**Dane identyfikacyjne Myjni GABARYT Marcin Paczkowski  
oraz parametry programu magazynowo-sprzedazowego**

Nazwa skrócona	GABARYT	
Wersja programu	próbna	
Nazwa pełna	Myjnia GABARYT Marcin Paczkowski <b>wpisz swój numer PESEL</b>	
NIP	3360833850	
REGON	157969908	
Adres	ul. Milicka 4, 55-100 Trzebnica	
Gmina/Powiat/Poczta	Trzebnica	
Województwo	dolnośląskie	
Podstawowy rachunek bankowy	nazwa	rachunek bieżący
	numer	15 9591 0004 2001 0000 4431 0569
	nazwa banku	Bank Spółdzielczy w Trzebnicy
	stan początkowy	15 000,00 zł
Numeracja dokumentów	łamany przez miesiąc i rok	
Parametry magazynowe	sprzedaż: wycofaj skutek magazynowy zakup: wycofaj skutek magazynowy	
Nadawanie symboli kontrahentom i towarom	automatycznie kolejny numer: 1, liczba znaków: 3	
Imię, nazwisko i hasło szefa	Marcin Paczkowski, identyfikator: MP Hasło: <i>Nie wprowadzaj hasła</i>	

**Dane identyfikacyjne płatnika składek potrzebne do wypełnienia formularza ZUS ZZA**

Imię i nazwisko	Marcin Paczkowski
PESEL	63010414636
Data urodzenia	04.01.1963 r.
NIP	3360833850
REGON	157969908

**Dane zleceniobiorcy potrzebne do wypełnienia formularza ZUS ZZA**

Imię i nazwisko	Katarzyna Janocha
PESEL	73122516629
Data urodzenia	25.12.1973 r.
Nazwisko rodowe	Janocha
Obywatelstwo	polskie
Kod tytułu ubezpieczenia	04 11 0 0
Data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego	08.05.2019 r.
Kod oddziału NFZ	01R dolnośląski
Adres zameldowania/zamieszkania	ul. Wrocławska 10, 55-100 Trzebnica
Gmina/Dzielnica	Trzebnica
Data wypełnienia formularza ZUS ZZA	15.05.2019 r.

**Dane identyfikacyjne odbiorcy**

Nazwa pełna	Spedycja DARO sp. z o.o.
Adres	ul. Bartosza Głowackiego 2, 55-100 Trzebnica
NIP	2672358045

**Informacje dodatkowe dotyczące działalności  
Myjni GABARYT Marcin Paczkowski**

- Materiały są ewidencjonowane w magazynie w cenach zakupu netto (ceny kartotekowe).
- Dokumenty magazynowe są sporządzane w cenach kartotekowych.
- Sprzedaż usług jest opodatkowana stawką podatku VAT – 23%.
- Forma płatności dla odbiorców – przelew 14 dni.
- Osobą upoważnioną do wystawiania dokumentów i przyjmowania materiałów jest Krystyna Dorociak.
- Numeracja dokumentów jest prowadzona odrębnie dla każdego dowodu ze wskazaniem miesiąca i roku, np. 1/05/2019.

**Cennik usług oferowanych przez Myjnię GABARYT Marcin Paczkowski**

Rodzaj usługi	Cena sprzedaży netto usługi
Mycie samochodu	30,00 zł/szt.
Pranie tapicerki	160,00 zł/szt.
Nabłyszczanie opon	15,00 zł/kpl.
Sprzątanie wnętrza samochodu	60,00 zł/szt.

**Zdarzenia gospodarcze z maja 2019 roku**

- 06.05.2019 r. – otrzymano fakturę nr 52/05/2019 od Zakładu Produkcyjnego CLEAN sp. z o.o. za zakupione materiały;
- 06.05.2019 r. – dowodem Pz nr 1/05/2019 przyjęto zakupione materiały do magazynu w ilości zgodnej z fakturą zakupu;
- 13.05.2019 r. – sporządzono polecenie przelewu dla Zakładu Produkcyjnego CLEAN sp. z o.o. za fakturę nr 52/05/2019;
- 15.05.2019 r. – wypełniono formularz ZUS ZZA *Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego* dla Katarzyny Janochy w celu zgłoszenia jej do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 21.05.2019 r. – na podstawie faktury nr 1/05/2019 sprzedano dla Spedycja DARO sp. z o.o. po cenie sprzedaży następujące usługi:
  - mycie samochodu – 3 szt.,
  - pranie tapicerki – 2 szt.,
  - nabłyszczanie opon – 2 kpl.;
- 27.05.2019 r. – sporządzono zamówienie nr 1/05/2019 do Zakładu Produkcyjnego CLEAN sp. z o.o. z terminem realizacji 03.06.2019 r., na następujące materiały:
  - воск do opon – 40 szt. po cenie netto 50,00 zł/szt.
  - gąbka z mikrofibry – 25 szt. po cenie netto 12,00 zł/szt. (stawka podatku VAT 23%)

**Faktura wystawiona przez Zakład Produkcyjny CLEAN sp. z o.o.**

<p align="center"><b>FAKTURA</b> <b>NR 52/05/2019</b></p>				Wrocław, dnia 06.05.2019 r.								
				Data dokonania lub zakończenia dostawy towarów lub wykonania usługi: 06.05.2019 r.								
<p><b>Sprzedawca</b> Zakład Produkcyjny CLEAN sp. z o.o. ul. Gajowa 3, 50-519 Wrocław NIP 1350022103 Konto: 73 9591 0004 2001 0000 4431 0107 Bank Spółdzielczy w Trzebnicy</p>				<p><b>Nabywca</b> Myjnia GABARYT Marcin Paczkowski ul. Milicka 4, 55-100 Trzebnica NIP 3360833850</p>								
Lp.	Nazwa towaru lub usługi	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto		Wartość netto		Podatek VAT		Wartość brutto		
				zł	gr	zł	gr	stawka %	kwota zł	gr	zł	gr
1.	Wosk do opon	szt.	20	50	00	1 000	00	23	230	00	1 230	00
2.	Szampon do mycia karoserii	szt.	30	20	00	600	00	23	138	00	738	00
Sposób zapłaty: <b>przelew 7 dni</b>				<b>RAZEM:</b>		<b>1 600</b>	<b>00</b>	<b>x</b>	<b>368</b>	<b>00</b>	<b>1 968</b>	<b>00</b>
Do zapłaty złotych: <b>1 968,00</b> Słownie złotych: jeden tysiąc dziewięćset sześćdziesiąt osiem 00/100				W tym:				zw.				
								23	368	00	1 968	00
								8				
								5				
								0				
				Wystawił: <i>Janusz Leśniak</i>								

**Dane do obliczenia wskaźników wydajności pracy w latach 2017-2018**

Wyszczególnienie	Stan na dzień	
	31.12.2017 r.	31.12.2018 r.
Przeciętny stan zatrudnienia	8 osób	6 osób
Przychody ze sprzedaży usług	72 000,00 zł	48 000,00 zł
Wynagrodzenia	40 000,00 zł	35 000,00 zł
Przeciętny stan zapasów materiałów	20 000,00 zł	25 000,00 zł

**Wykaz wybranych wskaźników**

$$\text{Wskaźnik efektywności wynagrodzeń} = \frac{\text{Przychody ze sprzedaży}}{\text{Wynagrodzenia}}$$

$$\text{Wskaźnik wydajności pracy} = \frac{\text{Przychody ze sprzedaży}}{\text{Przeciętny stan zatrudnienia}}$$

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

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

**Ocenię będzie podlegać 6 rezultatów:**

- Dowód Pz – *Przyjęcie zewnętrzne* – wydruk,
- Polecenie przelewu – wydruk,
- ZUS ZZA *Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego* – w arkuszu egzaminacyjnym,
- Faktura sprzedaży – wydruk,
- Zamówienie – wydruk,
- Analiza wydajności pracy w latach 2017-2018 – w arkuszu egzaminacyjnym.

## ZUS ZZA Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

## I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA  
ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) /  
KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH<sup>1)</sup>

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

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

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 UBEZPIECZENIA

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

02.

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 UBEZPIECZENIA

## IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

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 OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

## VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

## VIII. 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)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS ZZA

strona: 2

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO /  
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Gmina / Dzielnica	
<input type="text"/>	
04. Ulica	
<input type="text"/>	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>

**X. 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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
03. Ulica		
<input type="text"/>		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
09. Adres poczty elektronicznej		
<input type="text"/>		

**XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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

**XII. 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

**XIII. 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.



1. Obliczenie wskaźników

2. Interpretacja wskaźników

### 3. Porównanie i ocena wydajności pracy w latach 2017-2018



*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*