

**Arkusz zawiera informacje prawnie  
chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu**

Układ graficzny © CKE 2019

**CKE** **CENTRALNA  
KOMISJA  
EGZAMINACYJNA**

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.35-01-19.06**

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

## **EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**

**Rok 2019**

### **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 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

Maria Szulc prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług sprzątania biur. Jest czynnym podatnikiem VAT i dokonuje sprzedaży wyłącznie opodatkowanej. Maria Szulc zatrudniła w maju na umowę zlecenia Beatę Nowicką w celu sprzątania pomieszczeń biurowych. Beata Nowicka 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 przedsiębiorstwa Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc.

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 MASTER sp. z o.o. za fakturę nr 52/05/2019,
  - fakturę nr 1/05/2019 dla Biura Rachunkowego RIM sp. z o.o. za sprzedane usługi,
  - zamówienie nr 1/05/2019 do Zakładu Produkcyjnego MASTER sp. z o.o. na materiały.
2. Wypełnij znajdujący się w arkuszu egzaminacyjnym formularz ZUS ZZA *Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego* w celu zgłoszenia Beaty Nowickiej 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 przedsiębiorstwa Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc,
- wpisania swojego numeru PESEL pod nazwą Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc,
- ustawienia parametrów programu niezbędnych do wykonania zadania,
- założenia kartotek kontrahentów,
- założenia kartotek materiałów i usług.

**Dane identyfikacyjne przedsiębiorstwa Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc  
oraz parametry programu magazynowo-sprzedazowego**

Nazwa skrócona		MOP
Wersja programu		Próbną
Nazwa pełna		Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc <b>wpisz swój numer PESEL</b>
NIP		5178783150
REGON		274691575
Adres		ul. Zacisze 2, 63-700 Krotoszyn
Gmina/Powiat/Poczta		Krotoszyn
Województwo		wielkopolskie
Podstawowy rachunek bankowy	nazwa	rachunek bieżący
	numer	45 1020 2267 0000 4302 0004 2036
	nazwa banku	PKO Bank Polski SA Oddział 1 w Ostrowie Wielkopolskim
	stan początkowy	10 000,00 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		Maria Szulc, identyfikator: MS Hasło: <i>Nie wprowadzaj hasła</i>

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

Imię i nazwisko	Maria Szulc
PESEL	85040415908
Data urodzenia	04.04.1985 r.
NIP	5178783150
REGON	274691575

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

Imię i nazwisko	Beata Nowicka
PESEL	88030311600
Data urodzenia	03.03.1988 r.
Nazwisko rodowe	Nowicka
Obywatelstwo	polskie
Kod tytułu ubezpieczenia	04 11 0 0
Data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego	08.05.2019 r.
Kod oddziału NFZ	15R wielkopolski
Adres zameldowania/zamieszkania	ul. Kaszarska 10, 63-700 Krotoszyn
Gmina/Dzielnica	Krotoszyn
Data wypełnienia formularza ZUS ZZA	15.05.2019 r.

**Dane identyfikacyjne odbiorcy**

Nazwa pełna	Biuro Rachunkowe RIM sp. z o.o.
Adres	ul. Kozala 21, 63-700 Krotoszyn
NIP	8114371520

### **Informacje dodatkowe dotyczące działalności przedsiębiorstwa Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc**

- 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 Natalia Kaczmarek.
- Numeracja dokumentów jest prowadzona odrębnie dla każdego dowodu ze wskazaniem miesiąca i roku, np. 1/05/2019.

#### **Cennik usług oferowanych przez przedsiębiorstwo Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc**

Rodzaj usługi	Cena sprzedaży netto usługi
Sprzątanie biura	2,20 zł/m <sup>2</sup>
Mycie okna	3,00 zł/m <sup>2</sup>
Pranie wykładziny	5,00 zł/m <sup>2</sup>
Pranie tapicerki	10,00 zł/m <sup>2</sup>

#### **Zdarzenia gospodarcze z maja 2019 roku**

- 06.05.2019 r. – otrzymano fakturę nr 52/05/2019 od Zakładu Produkcyjnego MASTER 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 MASTER sp. z o.o. za fakturę nr 52/05/2019;
- 15.05.2019 r. – wypełniono formularz ZUS ZZA *Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego* dla Beaty Nowickiej w celu zgłoszenia jej do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 21.05.2019 r. – na podstawie faktury nr 1/05/2019 sprzedano dla Biura Rachunkowego RIM sp. z o.o. po cenie sprzedaży następujące usługi:
  - sprzątanie biura – 200 m<sup>2</sup>;
  - mycie okna – 40 m<sup>2</sup>;
  - pranie wykładziny – 60 m<sup>2</sup>;
- 27.05.2019 r. – sporządzono zamówienie nr 1/05/2019 do Zakładu Produkcyjnego MASTER sp. z o.o. z terminem realizacji 03.06.2019 r., na następujące materiały:
  - pianka czyszcząca – 20 szt. po cenie netto 10,00 zł/szt. (stawka podatku VAT 23%)
  - płyn do mycia szyb – 60 szt. po cenie netto 7,00 zł/szt.

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

<b>FAKTURA NR 52/05/2019</b>				Kraków, dnia 06.05.2019 r.												
				Data dokonania lub zakończenia dostawy towarów lub wykonania usługi: 06.05.2019 r.												
<b>Sprzedawca</b> Zakład Produkcyjny MASTER sp. z o.o. ul. Balicka 122, 30-149 Kraków NIP 1598471828 Konto: 49 1020 2892 2276 3005 0000 0000 PKO Bank Polski SA Oddział 1 w Krakowie				<b>Nabywca</b> Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc ul. Zacisze 2, 63-700 Krotoszyn NIP 5178783150 Konto: 45 1020 2267 0000 4302 0004 2036 PKO Bank Polski SA Oddział 1 w Ostrowie Wielkopolskim												
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.	Płyn do mycia szyb	szt.	10	7	00	70	00	23	16	10	86	10				
2.	Mleczko do czyszczenia drewna	szt.	30	10	00	300	00	23	69	00	369	00				
Sposób zapłaty: <b>przelew 7 dni</b>				<b>RAZEM:</b>		<b>370 00</b>		<b>x</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>455</b>	<b>10</b>				
Do zapłaty złotych: <b>455,10</b> Słownie złotych: czterysta pięćdziesiąt pięć 10/100				W tym:				zw.								
								370	00	23	85	10	455	10		
										8						
										5						
										0						
				Wystawił: <i>Grzegorz Rams</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	5 osób	7 osób
Przychody ze sprzedaży usług	45 000,00 zł	42 000,00 zł
Wynagrodzenia	15 000,00 zł	18 000,00 zł
Przeciętny stan zapasów materiałów	8 000,00 zł	10 000,00 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.**

**Ocenie 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.

[www.EgzaminZawodowy.info](https://www.EgzaminZawodowy.info)

## ZUS ZZA Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

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

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 PŁATNIKA 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)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PŁATNIKA 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)

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

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

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)

**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

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

**XI. 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

**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 ZIU.A.

<sup>2)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>3)</sup> Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

## Analiza wydajności pracy w latach 2017-2018

1. Obliczenie wskaźników

2. Interpretacja wskaźników

www.EgzaminZawodowy.info

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

[www.EgzaminZawodowy.info](https://www.EgzaminZawodowy.info)

[www.EgzaminZawodowy.info](https://www.EgzaminZawodowy.info)

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