



25-10-2016
data wydania

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **260071ZN16/0003402**
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ / ul.
MŁYŃSKA 2 63-700 KROTOSZYN

NIP

6	2	1	1	5	3	6	5	5	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	0	0	3	1	0	2	2	6						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

PESEL

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

Seria i nr dowodu osobistego* / paszportu*

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

podaje się numery NIP i REGON, a w przypadku braku tych numerów lub jednego z nich - numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu)

3. Zaświadcza się, że wnioskodawca (płatnik składek) zobowiązany jest do opłacania składek na:

- a) ubezpieczenia społeczne *
- b) Fundusz Emerytur Pomostowych *
- c) ubezpieczenie zdrowotne *
- d) Fundusz Pracy *
- e) Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych *

nie posiada zaległości według stanu na dzień

2	5	-	1	0	-	2	0	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

dzień - miesiąc - rok

Zaświadczenie wydaje się na wniosek płatnika składek, na podstawie art. 50 ust. 4 i art. 123 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 963 z późn. zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 23 z późn. zm.).

KIEROWNIK REFERATU

mgr Danuta Sopalska

pieczętka służbowa i podpis
upoważnionego pracownika