

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU
W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: 4300411ZN12/001817

2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):

Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: URZĄD MIASTA / ul. 11 LISTOPADA 35 59-850 ŚWIERADÓW ZDRÓJ

NIP

6	1	3	1	4	9	5	8	0	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	0	0	5	2	7	1	7	3				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

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

0	1	-	0	8	-	2	0	1	2
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 (tekst jednolity Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Kierownik Referatu

mgr Katarzyna Zimmer

pieczętka służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

Seria AK Nr 0165134