



WAŁBRZYCH, dnia 19-11-2020 r.

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **430071ZN20/0001900**
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						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

podaje się numery NIP i REGON, a w przypadku braku tych numerów - 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) ubezpieczenie zdrowotne
- c) Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy

i nie posiada zaległości według stanu na dzień

1	9
---	---

 -

1	1
---	---

 -

2	0	2	0
---	---	---	---

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 2020r. poz. 266 z późn.zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020r. poz.256 z późn.zm.)

Starszy Specjalista

mgr Lidia Iwińska

pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika