



21-04-2015
data wydania

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **390071ZN15/0003331**
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: **SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY / ul. ARKOŃSKA 4 71-455 SZCZECIN**

NIP

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 5 | 1 | 2 | 5 | 3 | 7 | 9 | 5 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REGON

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 0 | 2 | 7 | 4 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|

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 | 1 |
|---|---|

 -

| | |
|---|---|
| 0 | 4 |
|---|---|

 -

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 0 | 1 | 5 |
|---|---|---|---|

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 2015 r. poz. 121) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego.

STAWIŁY INSPEKTOR

[Podpis]
mgr. Dagmara Jaworska
pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika