

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **4306411ZN09/000563**

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 do opłacania składek na:

- a) ubezpieczenia społeczne,*
- b) ubezpieczenie zdrowotne,*
- c) Fundusz Pracy,*
- d) Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.*

nie posiada zaległości według stanu na dzień

0 3 - 0 9 - 2 0 0 9
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 2007 r. Nr 11, poz. 74) oraz art.
217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego.



KIEROWNIK
Wydziału Ubezpieczeń
Rodziców i Pochochów

pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika