

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: 2801411ZN12/000915
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: URZĄD GMINY W ROŚCISZEWIE / ul. ARMII KRAJOWEJ 1 09-204
ROŚCISZEWO

NIP

7	7	6	1	4	3	9	8	9	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	0	0	5	4	1	8	0	7						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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

1	9	-	1	1	-	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 (Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.) oraz art. 217 i 218 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000r. Nr98, poz. 1071 ze zm.).

Samodzielny Referat
Obsługi Klientów i Korespondencji
KIEROWNIK

mgr Anna Gzarnom

pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

Seria AL Nr 0177050