



Oddział w Legnicy

03-07-2019

data wydania

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **190071ZN19/0002180**
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: **WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W LEGNICY / ul.
J.IWASZKIEWICZA 5 59-220 LEGNICA**

NIP

6	9	1	2	2	0	4	8	5	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

3	9	0	9	9	9	4	4	1						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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	3
---	---

 -

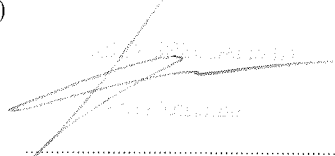
0	7
---	---

 -

2	0	1	9
---	---	---	---

dzień - miesiąc - rok

Zaświadczenie wydaje się na wniosek płatnika składek, na podstawie art.50 ust.4 i art.123 ustawy z dnia 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 300 z późn. zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.)


.....
pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika