

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **560271ZN20/0000857**
2. Dane wnioskodawcy:
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: POWIAT / ul. PLAC 1000-LECIA 25 87-400 GOLUB-DOBRZYŃ

NIP

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 0 | 3 | 0 | 0 | 5 | 4 | 3 | 6 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REGON

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 8 | 7 | 1 | 1 | 1 | 8 | 5 | 5 | 0 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|

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 w dniu wydania zaświadczenia nie jest płatnikiem składek, natomiast z tytułu istniejącego do dnia 01-09-2009 obowiązku 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 | 2 | - | 0 | 6 | - | 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 2020 r. poz. 266 z późn. zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 256).

STARSZY INSPEKTOR

mgr Edyta Borycka

.....
pieczętka służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **560271ZN20/0000855**
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: STAROSTWO POWIATOWE W GOLUBIU-DOBRZYNIU / ul. PLAC
TYSIĄCLECIA 25 87-400 GOLUB-DOBRZYŃ

NIP

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 8 | 1 | 5 | 4 | 7 | 3 | 0 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REGON

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 8 | 7 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 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 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 | 2 | - | 0 | 6 | - | 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 2020 r. poz. 266 z późn. zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 256).

STARSZY INSPEKTOR

mgr Edyta Borycka

.....
pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika