

18-06-2014
data wydania

**ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU
W OPŁACANIU SKŁADEK**

1. Nr zaświadczenia: **060071ZN14/0007681**
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: **SAM PUBL ZAKŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ SZPITALI
MIEJSKICH / ul. STRZELCÓW BYTOMSKICH 11 41-500 CHORZÓW**

NIP

6	2	7	1	9	2	3	5	3	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

2	7	1	5	0	3	4	1	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 (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	8
---	---

 -

0	6
---	---

 -

2	0	1	4
---	---	---	---

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 2013 r., poz. 1442 z późn. zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 267).

p.o. Z-CY NACZELNIKA WYDZIAŁU

Małgorzata Gałka
pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

* niepotrzebne skreślić
ZUS S-72