

ZAŚWIADCZENIE O NIEZAŁEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **0900411ZN12/006629**
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: **MIEJSKI SZPITAL ZESPOŁONY PRZY UL. MIROWSKIEJ 15 W
CZĘSTOCHOWIE / ul. MIROWSKA 15 42-200 CZĘSTOCHOWA**

NIP

9	4	9	1	7	6	3	5	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

1	5	1	5	8	6	2	4	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. Zaświadczam, 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 *

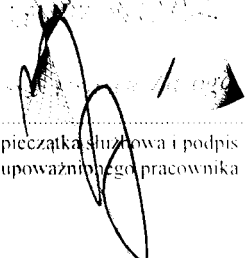
nie posiada zaległości według stanu na dzień

0	4	-	1	2	-	2	0	1	2
dzień			miesiąc			rok			

- gdyż korzysta z ulgi w postaci:
- odroczenia terminu płatności należności,*
 - układu ratalnego na spłatę należności,*

które nie są wymagalne na dzień wydania zaświadczenia.

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.


pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

Seria AK Nr 0411095