



Oddział w Koszalinie

30. 04. 2019

Numer skł. garyz. 3716/P/19

Załącznik

Skierowano

24-04-2019

data wydania

**ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU
W OPŁACANIU SKŁADEK**

1. Nr zaświadczenia: 170171ZN19/0000304

2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):

Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: URZĄD MIEJSKI W KARLINIE / ul. PLAC JANA PAWŁA II 6 78-230
KARLINONIP

6	7	2	1	0	0	4	0	3	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	0	0	5	2	5	3	9	8						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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	4	-	0	4	-	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 13 października 1998 r. 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.).

Naczelnik Wydziału
Rozliczeń Kont Płatników Składek

mgr inż. Halina Roszak-Ostrowska

pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika