



26-09-2017

data wydania

**ZASWIADCZENIE O NIEZALEGANIU
W OPŁACANIU SKŁADEK**1. Nr zaświadczenia: **550071ZN17/0009345**

2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):

Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: **FUNDACJA "WCZEŚNIAK RODZICE RODZICOM" / ul. SARMACKA 12/2
02-972 WARSZAWA**NIP

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 5 | 1 | 5 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REGON

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 0 | 1 | 5 | 7 | 2 | 1 | 3 | 6 | 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 | 6 | - | 0 | 9 | - | 2 | 0 | 1 | 7 |
| 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 2016 poz.963 z późn. zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017 r. poz.1257).

NACZELNIK WYDZIAŁU

*mgr Hanna Szejka*pieczętka służbowa i podpis
upoważnionego pracownika