



ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Oddział w Opolu

ul. Wrocławska 24, 45-701 Opole

05-01-2018

data wydania

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **240071ZN18/0000060**

2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):

Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z O. O. / ul. KAROLA MIARKI 14 46-082 KUP

NIP

9	9	1	0	4	9	8	2	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

5	3	0	9	3	8	5	1	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. 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

0	5
---	---

 -

0	1
---	---

 -

2	0	1	8
---	---	---	---

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 2017 r. poz. 1778). oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257)

STARSZY INSPEKTOR

mgr Aleksandra Stabik
pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

* niepotrzebne skreślić
ZUS S-72