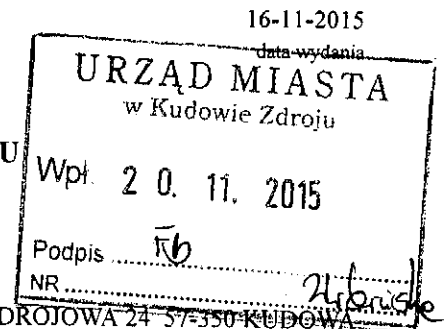




**ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU
W OPŁACANIU SKŁADEK**



1. Nr zaświadczenia: **430271ZN15/0001081**

2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):

Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: **URZĄD MIASTA KUDOWA ZDRÓJ / ul. ZDROJOWA 24 57-350 KUDOWA ZDRÓJ**

NIP

8	8	3	1	0	0	4	8	4	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	0	0	5	2	6	6	6	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	6
---	---

 -

1	1
---	---

 -

2	0	1	5
---	---	---	---

dzień - miesiąc - rok



93863

BOK 14956/11/2015
2015-11-20

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 2015 poz. 121 ze zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Kierownik Referatu

Monika Duraj-Polichowska
mgr Monika Duraj-Polichowska

.....
pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika