



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Oddział w Ostrowie Wielkopolskim
Inspektorat w Kaliszu

15-07-2019
data wydania

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: 260271ZN19/0001587
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. LUDWIKA PERZYNY / ul.
POZNAŃSKA 79 62-800 KALISZ

NIP

6	1	8	2	0	2	5	8	9	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

3	0	0	2	2	4	4	4	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	5
---	---

 -

0	7
---	---

 -

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.).

KIEROWNIK
Wydziału Rozliczeń
Kont Płatników Składek

Bożena Agata Krzywda

pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika