



Szpital w Szczecinku Sp. z o.o.  
W PŁYNEŁO  
30 -06- 2016  
L. dz. ....  
podpis

28-06-2016  
data wydania

### ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **170471ZN16/0000478**
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):  
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: SZPITAL W SZCZECINKU SP. Z O.O. / ul. KOŚCIUSZKI 38 78-400 SZCZECINEK

NIP 

6	7	3	1	8	5	7	0	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON 

3	2	0	5	2	4	1	9	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

2	8	-	0	6	-	2	0	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
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 2015r. poz. 121ze zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz.23).

mgr Anna Rosicka-Harun

pieczęć służbowa i podpis  
upoważnionego pracownika