

ZAS-W

(12)
**ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W PODATKACH
LUB STWIERDZAJĄCE STAN ZALEGŁOŚCI**

1. Nr zaświadczenia
3271-RP.4066.-64/16

2. Kolejny nr egz. / ogółem liczba egzemplarzy **)

Podstawa prawna: Art.306e ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2015 r. poz. 613).

A. DANE WNIOSKODAWCY

A.1. DANE IDENTYFIKACYJNE

3. Identyfikator podatkowy NIP

6731857008

4. Nazwa pełna / Nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia

"SZPITAL W SZCZECINKU" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W SZCZECINKU

A.2. ADRES SIEDZIBY / ADRES ZAMIESZKANIA

5. Kraj POLSKA	6. Województwo ZACHODNIOPOMORSKIE	7. Powiat SZCZECINECKI		
8. Gmina SZCZECINEK	9. Ulica KOŚCIUSZKI		10. Nr domu 38	11. Nr lokalu
12. Miejscowość SZCZECINEK		13. Kod pocztowy 78-400	14. Poczta SZCZECINEK	

Odpowiednie części I, II i III wypełnia się w zależności od żądanego przez Wnioskodawcę zakresu informacji.

I. Zaświadcza się, że nie ujawniono (~~XXXXXXX~~*) zaległości podatkowe Wnioskodawcy, wymienionego w części A,
w/g stanu na dzień **14.01.2016**
(dzień - miesiąc - rok)

wynoszą ogółem ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ zł, słownie .XX

z tego, z tytułu

za okres w kwocie zł

z tego, z tytułu

za okres w kwocie zł

z tego, z tytułu

za okres w kwocie zł

z tego, z tytułu

za okres w kwocie zł

~~II Zaświadcza się, że~~ II. Zaświadcza się, że (1)*):

kwota zł, została odroczone do dnia
(dzień - miesiąc - rok)

kwota zł, została odroczone do dnia
(dzień - miesiąc - rok)

kwota zł, została odroczone do dnia
(dzień - miesiąc - rok)

kwota zł, została odroczone do dnia
(dzień - miesiąc - rok)

kwota. zł została rozłożona na rat, z terminem płatności ostatniej raty w dniu.
 (dzień - miesiąc - rok
 kwota. zł została rozłożona na rat, z terminem płatności ostatniej raty w dniu.
 (dzień - miesiąc - rok
 kwota. zł została rozłożona na rat, z terminem płatności ostatniej raty w dniu.
 (dzień - miesiąc - rok
 kwota. zł została rozłożona na rat, z terminem płatności ostatniej raty w dniu.
 (dzień - miesiąc - rok

III ~~Zaświadczam, że nie jestem Wnioskodawcą~~ *)
 (zaznaczyć właściwy kwadrat)

a) prowadzone jest postępowanie egzekucyjne w administracji, również w zakresie innych niż podatkowe zobowiązań Wnioskodawcy 1. tak 2. nie

b) prowadzone jest postępowanie w sprawach o przestępstwa skarbowe lub wykroczenia skarbowe 1. tak 2. nie

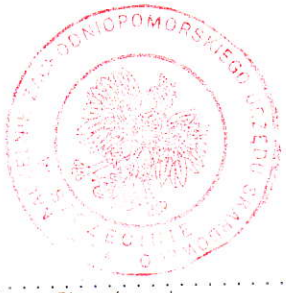
IV. Na podstawie art.306e §3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2015r. poz. 613) informuje się, że ~~jest~~ nie jest *) prowadzone postępowanie mające na celu ustalenie lub określenie wysokości zobowiązań Wnioskodawcy.

V. Dokonano zapłaty opłaty skarbowej w wysokości. **21.00** zł
 słownie . dwadzieścia jeden. zł.

Dnia 08.01.2016 na rachunek bankowy Urzędu Miasta w Szczecinie nr 20102047950000930202779429

VI. ~~nie pobrano opłaty skarbowej na podstawie~~

VII. ~~nie podlega opłacie skarbowej~~; ~~nie~~ ~~Zachodzi~~ opłata skarbowej *) na podstawie



Pieczęć urzędowa

NACZELNIK
 Zachodniopomorskiego Urzędu Skarbowego
 w Szczecinie
 z up. *[Signature]*
 Dorota Makaruk
 KONTROLER ROZLICZEŃ

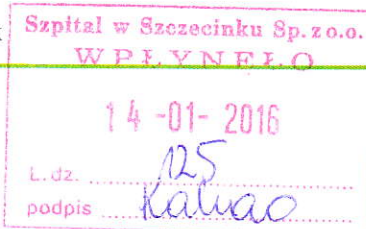
Podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego

*) Niepotrzebne skreślić.
 **) Wypełnić w przypadku wydania zaświadczenia na więcej niż jednym egzemplarzu druku.
 1) Jeżeli zapłata zaległości podatkowej wraz z odsetkami za zwłokę została odroczone lub rozłożona na raty, uznaje się, że podatnik, płatnik lub inkasent do dnia upływu terminów, o których mowa w art.49 §1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa, nie posiada zaległości podatkowych (art.306e §5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa).



ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Oddział w Koszalinie
Inspektorat w Szczecinku
Pl. Wolności 18. 78-400 Szczecinek



12-01-2016
data wydania

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **170471ZN16/0000018**
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

1	2	-	0	1	-	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.

Kierownik Samodzielnego Referatu
Rozliczeń Kont Płatników Składek

Anna Rosicka-Harun
mgr Anna Rosicka-Harun

pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika