

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: **100071ZN19/0002748**
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: COPERNICUS PODMIOT LECZNICZY SPÓLKA Z O.O. / ul. NOWE
OGRODY 1/6 80-803 GDAŃSK

NIP

5	8	3	3	1	6	2	2	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

2	2	1	9	6	4	3	8	5						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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	2	-	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 1998r. 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.)

STARSZY INSPEKTOR

Elżbieta Ząbkiewicz

.....
pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika