



Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Sosnowcu
ul. Partyzantów 1, 41-200 Sosnowiec

17el 6, 7
KANCELARIA
szpital Miejski w Sosnowcu
data wpływu 12.02.2016
LI poz 1049 GZM
podpis

56k
4



(00)459007734451155383

11-02-2016
data wydania

**ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU
W OPŁACANIU SKŁADEK**

- Nr zaświadczenia: 380071ZN16/0000673
- Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI SPÓŁKA Z O.O. / ul. SZPITALNA 1
41-219 SOSNOWIEC

NIP

6	4	4	3	5	0	4	4	6	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

2	4	0	8	3	7	0	5	4						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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)

- Zaświadcza się, że wnioskodawca (płatnik składek) zobowiązany jest do opłacania składek na:
 - ubezpieczenia społeczne *
 - Fundusz Emerytur Pomostowych *
 - ubezpieczenie zdrowotne *
 - Fundusz Pracy *
 - Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych *

nie posiada zaległości według stanu na dzień

1	1	-	0	2	-	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 2015 r. poz. 121 ze zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 23).

SPECJALISTA
mgr Dorota Nowak
pieczętka służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

* niepotrzebne skreślić
ZUS S-72

KANCELARIA *Eck*
Szpital Miejski w Sosnowcu
data wpływu 5...02...2016
nr poz. 1086
podpis *Notka*

ZAS-W

**ZASWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W PODATKACH
LUB STWIERDZAJĄCE STAN ZALEGŁOŚCI**

1. Nr zaświadczenia
2471-OB1-2.4066.425.2016

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 z późn. zm.)

A. DANE WNIOSKODAWCY

A.1. DANE IDENTYFIKACYJNE

3. Identyfikator podatkowy NIP 6443504464
4. Nazwa pełna / Nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

A.2. ADRES SIEDZIBY / ADRES ZAMIESZKANIA

5. Kraj POLSKA	6. Województwo ŚLĄSKIE	7. Powiat M.SOSNOWIEC		
8. Gmina SOSNOWIEC	9. Ulica SZPITALNA		10. Nr domu 1	11. Nr lokalu
12. Miejscowość SOSNOWIEC		13. Kod pocztowy 41-219	14. Poczta SOSNOWIEC	

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

I. Zaświadcza się, że nie ujawniono (~~wpłacono~~ *) zaległości podatkowe Wnioskodawcy, wymienionego w części A,
w/g stanu na dzień **10.02.2016**
(dzień - miesiąc - rok)

wynoszą ogółem ~~xxxxxxxxxxxxxxxx~~ . 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 ~~zaświadczenie~~ (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)