

OPATÓW, dnia 02-09-2026 r.

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEKNr zaświadczenia: **150371ZN26.0002303**

Dane płatnika składek:

Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: SPZZOZ W STASZOWIE

ul. 11 LISTOPADA 78 28-200 STASZÓW

NIP

8	6	6	1	4	5	5	6	4	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	0	0	3	0	2	3	9	1				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Zaświadcza się, że płatnik składek zobowiązany jest do opłacania składek na:

- a. ubezpieczenia społeczne
- b. Fundusz Emerytur Pomostowych
- c. ubezpieczenie zdrowotne
- d. Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy

i nie ma zaległości wymagalnych według stanu na dzień

0	2
---	---

 -

0	9
---	---

 -

2	0	2	6
---	---	---	---

dzień - miesiąc - rok

Zaświadczenie wydaje się na wniosek, na podstawie art. 50 ust. 4 i art. 123 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 199) oraz art. 217 i 218 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1691).