

KROSNO ODRZAŃSKIE, dnia 16-03-2026 r.

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

Nr zaświadczenia: 510171ZN26.0000543

Dane płatnika składek:

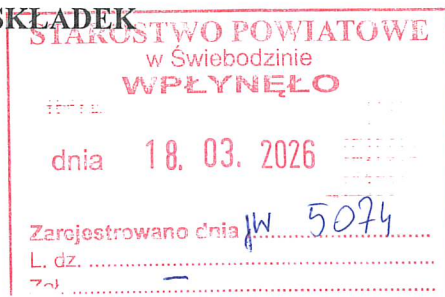
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: STAROSTWO POWIATOWE
ul. KOLEJOWA 2 66-200 ŚWIEBODZIN

NIP

9	2	7	1	8	5	1	4	4	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

9	7	0	7	7	7	6	6	0						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--



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

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

i nie ma zaległości wymagalnych według stanu na dzień

1	6
---	---

 -

0	3
---	---

 -

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).

STARSZY INSPEKTOR
Woch
Sylvia Woch