

WARSZAWA, dnia 03-11-2020 r.

**ZASWIADCZENIE O NIEZALEGANIU
W OPŁACANIU SKŁADEK**

1. Nr zaświadczenia: 550071ZIN20/0007895
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: A.P.N. PROMISE SPÓŁKA AKCYJNA / ul. DOMANIEWSKA 44A 02-672
WARSZAWA

NIP

5	2	1	0	0	8	8	6	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	1	2	5	2	1	5	1	1				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

podaje się numery NIP i REGON, a w przypadku braku tych numerów - 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) ubezpieczenie zdrowotne
- c) Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy
- d) Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych

i nie posiada zaległości według stanu na dzień

0	3
---	---

 -

1	1
---	---

 -

2	0	2	0
---	---	---	---

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 2020 r. poz. 266 z późn. zm.) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 236 z późn. zm.).

 Katarzyna Czuch

pieczęć służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
III Oddział w Warszawie
Wydział Obsługi Klientów i Korespondencji
ul. Czerniakowska 16
00-701 Warszawa
20-

/Vertimas iš lenkų kalbos/

/Logotipas: ZUS/

SOCIALINIO DRAUDIMO FONDAS III Varšuvos skyrius

Czerniakowska g. 16
00-701 Varšuva

Aptarnavimo telefonu centras
tel. 22 560 16

Varšuva, 2020-10-05

PAŽYMA APIE SKOLŲ IR NESUMOKĖTŲ ĮMOKŲ NEBUVIMĄ

1. Pažymos Nr.: **550071ZN20/0007895**
2. Pareiškėjo duomenys (įmokų mokėtojo):
Pavadinimas / Pavardė ir vardas / Adresas: A.P.N. PROMISE AKCINĖ BENDROVĖ /
DOMANIEWSKA g. 44 A, 02-672 VARŠUVA

NIP (mokesčių mokėtojo kodas) 5210088682

Įmonės kodas 012521511

nurodyti NIP (mokesčių mokėtojo kodas) ir REGON (įmonės kodas), o jei šių kodų nėra - PESEL (asmens kodą) arba asmens tapatybės kortelės arba paso seriją ir numerį

3. Patvirtinama, kad pareiškėjas (įmokų mokėtojas) įpareigotas mokėti įmokas:
 - a) socialinio draudimo
 - b) sveikatos draudimo
 - c) darbo fondo ir solidarumo fondo
 - d) garantuotų išmokų darbuotojams fondo

ir šios dienos duomenimis skolų neturi.

2020 11 03
metai mėnuo diena

Pažyma išduodama įmokų mokėtojo prašymu remiantis 1998 m. spalio 13 d. socialinio draudimo sistemos įstatymo 50 str. 4 dal. ir 123 str. (OL 2020 m., poz. 266 su vėl. pak.) bei Administracinio proceso kodekso 217 ir 218 str. (OL 2018 m., poz. 2096).

/Spaudas: VYRIAUSIOJI INSPEKTORĖ
Katarzyna Czub / /parašas/
įgalioto darbuotojo tarnybinis spaudas ir parašas

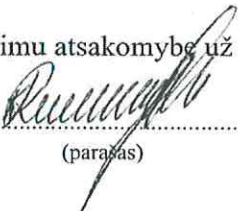
/spaudas: Socialinio draudimo fondas
III Varšuvos skyrius
Klientų aptarnavimo ir korespondencijos skyrius
Czerniakowska g. 16 00-701 Varšuva -20-/

2020 m. lapkričio mėn. 25 d.

Iš lenkų kalbos išversta MB „Galerita“,
Karaliaus Mindaugo pr. 49-403, Kaunas LT-44333, tel. +370-693-15955

Aš, vertėja Kristina Rimkuvienė, gim. 1 , esu susipažinusi su Lietuvos Respublikos
Baudžiamojo kodekso 235 straipsniu, numatančiu baudžiamąją atsakomybę už žinomai
neteisingą vertimą.

Prisiimu atsakomybę už vertimo teisingumą.


.....
(parąsas)

Susiūta
Sunumeruota 2 lapai

MB „Galerita“

Įmonės k.: 304035083

PVM kodas: LT100009557119

Adresas: Karaliaus Mindaugo pr. 49-403, Kaunas

Telefono nr.: +370 693 15955

El. paštas: info@galerita.lt

<http://www.galerita.lt/>