

ZAS-W

ZASWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W PODATKACH
LUB STWIERDZAJĄCE STAN ZALEGŁOŚCI

KALISZ 03.07.2015
Województwo Wielkopolskie, Powiat Konin
KANCELARIA
Data 08.07.2015
Ilość załączników 663216
Znak
2. Kolejny nr egz. / ogółem. Iliczba egzemplarzy

1. Nr zaświadczenia
RP-4066-N-506/15

60-20-5107
P-1321

Podstawa prawna: Art 306e ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz U z 2015 r. poz 613)

A. DANE WNIOSKODAWCY

A.1. DANE IDENTYFIKACYJNE

3. Identyfikator podatkowy NIP
6651042675

4. Nazwa pełna / Nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KONINIE

A.2. ADRES SIEDZIBY / ADRES ZAMIESZKANIA

5. Kraj POLSKA	6. Województwo WIELKOPOLSKIE	7. Powiat M.KONIN
8. Gmina KONIN	9. Ulica SZPITALNA	10. Nr domu 45
11. Nr lokalu	12. Miejscowość KONIN	13. Kod pocztowy 62-504
14. Poczta KONIN		

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

I. Zaświadcza się, że nie ujawniono (~~zaskarżono~~*) zaległości podatkowe Wnioskodawcy, wymienionego w części A, w/g stanu na dzień **3.07.2015** (dzień - miesiąc - rok)

wynoszą ogółem ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ 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. ~~Zaświadcza się, że~~ 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)

kwota. zł została rozłożona na rat, z terminem płatności ostatniej raty w dniu.
 (dzień - miesiąc - rok)

kwota. zł została rozłożona na rat, z terminem płatności ostatniej raty w dniu.
 (dzień - miesiąc - rok)

kwota. zł została rozłożona na rat, z terminem płatności ostatniej raty w dniu.
 (dzień - miesiąc - rok)

kwota. zł została rozłożona na rat, z terminem płatności ostatniej raty w dniu.
 (dzień - miesiąc - rok)

III. Zaświadczenie z wyjątkiem Wnioskodawcy: *)
 (zaznaczyć właściwy kwadrat)

a) prowadzone jest postępowanie egzekucyjne w administracji, również w zakresie innych niż podatkowe zobowiązań Wnioskodawcy

1. tak 2. nie

b) prowadzone jest postępowanie w sprawach o przestępstwa skarbowe lub wykroczenia skarbowe

1. tak 2. nie

IV. Na podstawie art.306e §3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2015r. poz. 613) informuje się, że ~~jest~~ nie jest *) prowadzone postępowanie mające na celu ustalenie lub określenie wysokości zobowiązań Wnioskodawcy.

V. Dokonano zapłaty opłaty skarbowej w wysokości **21.00** zł

słownie . dwadzieścia jeden . zł.

słownie dwadzieścia jeden zł. data wpłaty 30.06.2015 na konto URZĘDU MIASTA KALISZA 45.1140.1993.0000 5502 3500 1007

VI. Nie pobrano opłaty skarbowej na podstawie *)

VII. Nie podlega opłacie skarbowej ~~z tytułu~~ opłaty skarbowej *) na podstawie *)



Z up. Naczelnika
 Marzena Węclewska
 KIEROWNIK REPERATU

Podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego

*) Niepotrzebne skreślić.

**) Wypełnić w przypadku wydania zaświadczenia na więcej niż jednym egzemplarzu druku.

1) Jeżeli zapłata zaległości podatkowej wraz z odsetkami za zwłokę została odroczone lub rozłożona na raty, uznaje się, że podatnik, płatnik lub inkasent do dnia upływu terminów, o których mowa w art.49 §1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa, nie posiada zaległości podatkowych (art.306e §5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa).



Zakład Ubezpieczeń Społecznych
II Oddział w Poznaniu
Inspektorat w Koninie
ul. Św. Maksymiliana Kolbego 1, 62-510 Konin

Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie
KANCELARIA
Wpłynęło 06.07.2015
Lp. załączników
Znak
Podpis
02-07-2015
data wydania

20-20-510Z

1506

ER

[Handwritten signature]

ZAŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPŁACANIU SKŁADEK

- Nr zaświadczenia: **540371ZN15/0001439**
- Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: **WSZ KONIN / ul. SZPITALNA 45 62-504 KONIN**

NIP

6	6	5	1	0	4	2	6	7	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	0	0	3	1	1	5	9	1						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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

0	2	-	0	7	-	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 2015r. poz.121) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego.

INSPEKTORATU
w KONINIE

[Handwritten signature]

pieczętka służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

* niepotrzebne skreślić
ZUS S-72