

B. ZAKRES PEŁNOMOCNICTWA

1. Zakres uprawnienia

☐ do wszelkich czynności przed Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (w tym do profilu w Nowym Portalu Informacyjnym PUE ZUS)

☐ do określonych czynności:

☐ do odbioru korespondencji

☐ do wysyłania korespondencji

☐ do określonej sprawy:

☐ dokonanie pierwszej i dalszych czynności w sprawie:

Opis sprawy:

.....
.....
.....

☐ do sprawy już istniejącej o identyfikatorze:

.....

☐ do spraw dotyczących:

☐ dochodzenia należności

☐ udzielania ulg w spłacie zadłużenia z tytułu składek (odroczenie terminu płatności należności, rozłożenie należności na raty) oraz umorzenia należności

☐ rozliczania kont płatników składek

☐ świadczeń emerytalno-rentowych

☐ zasiłków i świadczenia rehabilitacyjnego

☐ wydawania zaświadczeń

☐ wniosków o zwrot nienależnie opłaconych składek

☐ zapisów oraz danych na kontach i subkontach

☐ OFE

☐ podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne

☐ podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne

☐ podlegania, niepodlegania lub przebiegu ubezpieczeń

☐ obowiązku opłacania składek na Fundusz Pracy

☐ obowiązku opłacania składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych

☐ obowiązku opłacania składek na Fundusz Emerytur Pomostowych

☐ podstawy wymiaru składek na Fundusz Pracy

☐ podstawy wymiaru składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych

☐ podstawy wymiaru składek na Fundusz Emerytur Pomostowych

☐ stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe

☐ ustalenia właściwego ustawodawstwa ubezpieczeniowego

☐ pisemnych interpretacji

☐ inne (w przypadku zaznaczenia tej opcji należy poniżej określić zakres pełnomocnictwa)

.....
.....
.....
.....

2. Data ustanowienia:

--	--	--	--	--	--	--	--

☐ do odwołania

do dnia:

--	--	--	--	--	--	--	--

01. Numer PESEL (1)

[illegible]

7

03. Seria i numer dokumentu

[illegible]

04. Nazwisko

[illegible]

05. Imię

[illegible]

01. Kod pocztowy

		-			
--	--	---	--	--	--

02. Poczta

[illegible]

03. Gmina / Dzielnica

[illegible]

04. Miejscowość

[illegible]

05. Ulica

[illegible]

06. Numer domu

--	--	--	--	--	--	--

07. Numer lokalu

--	--	--	--	--	--	--

08. Numer telefonu (1)

[illegible]

09. Symbol państwa (2)(3)

--	--

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

[illegible]

11. Nazwa państwa (2)

[illegible]

12. Adres poczty elektronicznej (1)

[illegible]

(1) Pole nieobowiązkowe.

(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

D. OŚWIADCZENIE O USTANOWIENIU PEŁNOMOCNIKA

Oświadczam, że osobę wymienioną w części C. DANE PEŁNOMOCNIKA upoważniam do wykonywania w moim imieniu/imieniu podmiotu określonego w części A. DANE MOCODAWCY czynności prawnych określonych w części B. ZAKRES PEŁNOMOCNICTWA w relacjach z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

MOCODAWCA 1

01. Numer PESEL (1) <input type="text"/>	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input type="text"/>	03. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>
04. Nazwisko		
05. Imię		
06. Stanowisko / funkcja		
(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.		

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis)

MOCODAWCA 2 [1]

01. Numer PESEL (1) <input type="text"/>	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input type="text"/>	03. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>
04. Nazwisko		
05. Imię		
06. Stanowisko / funkcja		
(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.		

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis)

MOCODAWCA 3 [1]

01. Numer PESEL (1) <input type="text"/>	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input type="text"/>	03. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>
04. Nazwisko		
05. Imię		
06. Stanowisko / funkcja		
(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.		

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis)

[1] Wypełnić w przypadku wieloosobowej reprezentacji płatnika składek.

E. ADNOTACJE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

☐

pełnomocnictwo wpisane zostało do wniosku o wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej CEIDG-1 w poniższym brzmieniu:

.....

.....

.....

.....

.....

☐

inne

.....

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko przyjmującego pracownika:

.....

.....
(Data: dd / mm / rrrr)

.....
Podpis przyjmującego pracownika