PEŁNOMOCNICTWO DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI PRAWNYCH W RELACJACH Z ZAKŁADEM UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Podstawa prawna:
Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (art. 95-109) (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.)
Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (art. 28-33) (Dz. U. z 2000 r. Nr 98 poz. 1071, z późn. zm.)

MIEJSCE ZŁOŻENIA PISMA
01. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH - ODDZIAŁ / INSPEKTORAT w:

A. DANE MOCODAWCY

1. Pełnomocnictwa udziela: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

1.1. ☐ Płatnik składek/osoba działająca w imieniu płatnika składek
1.2. ☐ Ubezpieczony
1.3. ☐ Świadczeniobiorca
1.4. ☐ Inny podmiot

2. Reprezentowany płatnik składek: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

2.1. ☐ Osoba prawna
2.2. ☐ Osoba fizyczna
2.3. ☐ Inny podmiot

Dane identyfikacyjne mocodawcy

DANE IDENTYFIKACYJNE MOCODAWCY
01. Numer NIP płatnika składek
02. Numer REGON płatnika składek (1)
03. Numer PESEL (2)
04. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
05. Seria i numer dokumentu (2)
06. Nazwa skrócona płatnika składek
07. Nazwa pełna płatnika składek (3)
08. Nazwisko (4)
09. Imię pierwsze (4)

(1) Wypełnić jeśli płatnik składek jest osobą prawną.
(2) W przypadku osoby fizycznej należy wpisać numer PESEL a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.
(3) Wypełnić jeśli płatnik składek nie jest osobą fizyczną.
(4) Wypełnić w przypadku osoby fizycznej.

DANE ADRESOWE MOCODAWCY - ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK LUB ADRES ZAMIESZKANIA (dla osoby fizycznej)
01. Kod pocztowy
02. Poczta
03. Gmina / Dzielnica
04. Miejscowość
05. Ulica
06. Numer domu
07. Numer lokalu
08. Numer telefonu (1)
09. Symbol państwa (2)(3)
10. Zagraniczny kod pocztowy (2)
11. Nazwa państwa (2)
12. Adres poczty elektronicznej (1)

(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.

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: Data (dd/mm/rrrr) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

3. Pełnomocnictwo obowiązuje:

☐ do odwołania

☐ do dnia: Data (dd/mm/rrrr) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

C. DANE PEŁNOMOCNIKA

DANE IDENTYFIKACYJNE

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

DANE ADRESOWE - ADRES DO KORESPONDENCJI

01. Kod pocztowy

02. Poczta

03. Gmina / Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

12. Adres poczty elektronicznej (1)

(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)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

03. Seria i numer dokumentu

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)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

03. Seria i numer dokumentu

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)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

03. Seria i numer dokumentu

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