

**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. <input type="checkbox"/> | Płatnik składek/osoba działająca w imieniu płatnika składek | 1.2. <input type="checkbox"/> | Ubezpieczony |
| 1.3. <input type="checkbox"/> | Świadczeniobiorca   | 1.4. <input type="checkbox"/> | Inny podmiot |

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

- |                               |              |                               |                |                               |              |
|-------------------------------|--------------|-------------------------------|----------------|-------------------------------|--------------|
| 2.1. <input type="checkbox"/> | Osoba prawna | 2.2. <input type="checkbox"/> | Osoba fizyczna | 2.3. <input type="checkbox"/> | Inny podmiot |
|-------------------------------|--------------|-------------------------------|----------------|-------------------------------|--------------|

3. 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:

3. Pełnomocnictwo obowiązuje:

do odwołania

do dnia:

### 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) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	03. Seria i numer dokumentu <input style="width: 100%; height: 20px;" 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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	03. Seria i numer dokumentu <input style="width: 100%; height: 20px;" 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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	03. Seria i numer dokumentu <input style="width: 100%; height: 20px;" 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