

.....  
miejscowość i data

**Dane identyfikacyjna płatnika składek:**

.....  
pełna nazwa firmy

.....  
adres

.....  
NIP

**Dane identyfikacyjne ubezpieczonego:**

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
kod pocztowy

.....  
PESEL

## ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

Zaświadcza się, że pracownik ..... był zatrudniony na podstawie umowy o  
( imię i nazwisko )  
pracę i zgłoszony do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego od dnia.....

Na dzień ..... podlega ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu.  
( data zgonu )

.....  
( data, podpis osoby upoważnionej )