

**PEŁNOMOCNICTWO/
ODWOŁANIE PEŁNOMOCNICTWA***

Instrukcja wypełniania

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

Wypełnij ten formularz, jeżeli chcesz upoważnić wybraną przez Ciebie osobę, do załatwienia w ZUS spraw w Twoim imieniu (bez spraw związanych z kontrolą ZUS). Za pomocą tego formularza możesz też odwołać pełnomocnictwo.

Jeśli spółka ma wieloosobowe przedstawicielstwo i musisz wpisać dane więcej niż jednej osoby, która udziela pełnomocnictwa, wypełnij dodatkowo załącznik **PEL-Z** i dołącz go do tego pełnomocnictwa.

Jeśli jesteś płatnikiem składek i chcesz upoważnić wybraną przez Ciebie osobę, do reprezentowania Cię **tylko w trakcie kontroli ZUS**, wypełnij odrębnie formularz **PEL-K** i przekaz go do ZUS.

Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa/ odwołuje pełnomocnictwo*

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| PESEL | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | dd | | / | | mm | | / | | rrrr | | | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | <i>Jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer paszportu albo innego dokumentu</i> | | | | | | | | | | | |
| Imię | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| Ulica | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| Numer domu | <input type="text"/> | | | | Numer lokalu | <input type="text"/> | | | | | | |
| Kod pocztowy | <input type="text"/> | | | | Miejscowość | <input type="text"/> | | | | | | |
| Nazwa państwa | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | <i>Podaj, jeśli adres jest inny niż polski</i> | | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | <i>Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w sprawie</i> | | | | | | | | | | | |

Zakres pełnomocnictwa

Oświadczam, że działam w imieniu:

- własnym** (jako osoba ubezpieczona lub świadczeniobiorca)
- swojej firmy** (prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą) – podaj dodatkowe dane w tabeli poniżej
- innego podmiotu** (firmy spółki) – podaj dodatkowe dane w tabeli poniżej. Załączam formularz PEL-Z

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

Podaj nazwę, adres siedziby firmy/ spółki, NIP, REGON

* niepotrzebne skreślić

i udzielam pełnomocnictwa:

od
 dd / mm / rrrr

do
 dd / mm / rrrr

Jeśli nie wpiszesz dat, uznamy, że udzielasz pełnomocnictwa „do odwołania”.

do załatwiania wszelkich spraw w ZUS, w tym dostępu do Platformy Usług Elektronicznych ZUS (PUE ZUS) do roli

PŁATNIK SKŁADEK

UBEZPIECZONY

ŚWIADCZENIOBIORCA

KOMORNIK

w zakresie:

Wpisz, czego dotyczy pełnomocnictwo, np. odbioru korespondencji, konkretnej sprawy

Odwołanie pełnomocnictwa

Odwołuję pełnomocnictwo od

dd / mm / rrrr

Dane pełnomocnika

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Rodzaj, seria i numer dokumentu
 potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer paszportu albo innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w sprawie

Data

dd / mm / rrrr

Podpis osoby, która udziela pełnomocnictwa/ odwołuje pełnomocnictwo*

* niepotrzebne skreślić