

## 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                                                         | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                        |                                                                         |   |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| Data urodzenia                                                | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>                        | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> | / | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> | /                                                                       | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> |
|                                                               | dd                                                                                             |                                                                         |   | mm                                                                      |                                                                         |                                                                         | rrrr                                                                    |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu<br>potwierdzającego tożsamość | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                        |                                                                         |   |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
|                                                               | <i>Jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer paszportu albo innego dokumentu</i> |                                                                         |   |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| Imię                                                          | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                        |                                                                         |   |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| Nazwisko                                                      | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                        |                                                                         |   |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| Ulica                                                         | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                        |                                                                         |   |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| Numer domu                                                    | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                        |                                                                         |   |                                                                         | Numer lokalu                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| Kod pocztowy                                                  | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                        |                                                                         |   |                                                                         | Miejscowość                                                             | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| Nazwa państwa                                                 | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                        |                                                                         |   |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
|                                                               | <i>Podaj, jeśli adres jest inny niż polski</i>                                                 |                                                                         |   |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| Numer telefonu                                                | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                        |                                                                         |   |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
|                                                               | <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 ☐

*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