ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

PEL

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 przekaż go do ZUS.

Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa/ odwołuje pełnomocnictwo*

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

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

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne