

**KWESTIONARIUSZ
DOTYCZĄCY OKRESÓW SKŁADKOWYCH I NIESKŁADKOWYCH**

Nazwisko imię

Data ur. PESEL

Okres ubezpieczenia		Określenie podmiotu (pracodawca, Urząd pracy, ZUS, działalność gospodarcza, itp..)	Wymienić dołączone dowody
od	do		

Piła.....

.....
(podpis wnioskodawcy)