

**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)