

<b>MINISTERSTWO RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa</b>		
Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej:  <p style="text-align: center;"><b>MOPS Bolesławiec</b> <b>Cicha 7</b> <b>59-700 Bolesławiec</b></p> <p>Tel. 75 645 78 23 Fax 75 645 78 24</p>	<p><b>SKŁ-EMRENT</b></p> <p><b>Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe</b></p>	Adresat:  <p style="text-align: center;"><b>WPS Woj. Dolnośląskie</b></p>
Numer identyfikacyjny REGON:  <p style="text-align: center;"><b>3 273 141</b></p>	<p><b>za I-XII 2025 r.</b></p>	<p><b>Przekazać w terminie do 15 dnia miesiąca następującego po okresie sprawozdawczym</b></p>

RODZAJ ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeniobiorców*, za których jest opłacana składka emerytalno-rentowa	Liczba składek należnych	Koszt składek należnych w zł**		
			ogółem (4 + 5)	z tego:	
				opłaconych	nieopłaconych
0	1	2	3	4	5
Składka opłacana od 1.01.2001 na podst. art. 17 ust. 1 p. 9 ustawy o pomocy społecznej (opłacanie składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie zamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem)	0	0	0	0	0

\* liczba osób otrzymujących na podstawie decyzji dany rodzaj świadczenia

\*\* w zaokrągleniu do 1 zł

**Agnieszka Kubarycz**

Imię i nazwisko osoby, która sporządziła sprawozdanie

**Bolesławiec, 2026-01-12**

Miejscowość i data

Pieczęć imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy