

## WNIOSEK O ULGĘ

na podstawie ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw

## Instrukcja wypełniania

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

### Dane wnioskodawcy

|     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NIP |  |  |  |  |  |  |  |  | REGION |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|

[illegible]

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

*Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

Imię  Nazwisko

|                |  |
|----------------|--|
| Nazwa skrócona |  |
|----------------|--|

Numer telefonu  Adres poczty elektronicznej

Podaj numer telefonu i adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w sprawie

### Treść wniosku

Na podstawie przepisów ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych ustaw zwracam się z prośbą o:

(odroczenie terminu płatności oraz rozłożenie zadłużenia na raty dotyczy wyłącznie składek za okres od 01.2020 r.)

☐ odroczenie terminu płatności składek za okres od       do        
mm / rrrr mm / rrrr

[illegible]

☐ rozłożenie na raty należności za okres od  do   
mm / rrr mm / rrrr

☐ na ☐ rat

na raty w wysokości

**Uzasadnienie wniosku - wskaż, w jaki sposób epidemia koronawirusa wpłynęła na Twoją sytuację finansową i brak możliwości opłacenia w terminie należności.**

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

|      |           |   |           |   |             |  |  |
|------|-----------|---|-----------|---|-------------|--|--|
| Data |           |   |           |   |             |  |  |
|      | <i>dd</i> | / | <i>mm</i> | / | <i>rrrr</i> |  |  |

*Czytelny podpis osoby, która składa wniosek*