

.....
(imię i nazwisko, nazwa)

.....
(miejscowość, data)

.....

.....
(adres)

.....
(PESEL)

.....
(NIP)

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Wydział Ubezpieczeń i Składek
W.....

Wniosek o przywrócenie terminu płatności składek

Na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późniejszymi zmianami) proszę o wyrażenie zgody na opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie za miesiące:

.....

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....

.....
(podpis)