המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
גביה מלא שכירים

סניף _____

לשימוש פנימי (סריקה)

מס' זהות

סוג דפים המסמך 0 6

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

מספר טלפון		מספר טלפון נייד	
	0		0

אל: מנהל תחום הביטוח והגבייה _____

הנדון: **בקשה לביטול / הפחתת קנס / הצמדה / הצמדה על הפרשי שומה לשנים** _____

אבקשכם בזה לבטל / להפחית _____ בו חוייב חשבוני לתקופה / לשנים _____ מן הנימוקים הבאים:

_____

_____

מצורפים המסמכים הבאים:

1. _____ 2. _____ 3. _____

הריני מתחייב בזה להקפיד על תשלום דמי הביטוח במועדם החוקי.

תאריך _____ חתימה _____

* ציין: קנס, הצמדה

לשימוש הסניף

☐ הריני ממליץ להפחית / לבטל קנס כדלקמן:

עבור חיובים ליום ערך — הפחתה לתקופת חישוב

מ- _____ עד _____ מ- _____ עד _____ שיעור הפחתה % _____

☐ הריני ממליץ להפחית / לבטל הצמדה כדלקמן:

עבור חיובים ליום ערך — הפחתה לתקופת חישוב

מ- _____ עד _____ מ- _____ עד _____ שיעור הפחתה % _____

יתרה לפני הפחתה	יתרה אחרי הפחתה	סכום ההפחתה	קוד מורשה	קוד סיבה

☐ הריני ממליץ להפחית / לבטל קנסות / הצמדה בקו ישר כדלקמן (ציין את המהות לכל שנה):

שנה									**סה"כ**
חיוב/ ה"ש									
קרן									
קנס									
הצמדה									

נתוני עזר להחלטה

עיסוק _____ הכנסה _____ גמלה _____ הסדר _____

חשבון מוגבל _____ רכב _____ (סוג) שנה _____ מעוקל _____

נימוקי ההחלטה בסניף _____

_____

הפחתת הפרש שומה עפ"י סעיף _____ להוראה 364.

תאריך	שם החותם / תפקידו	חתימה

תאריך	שם החותם / תפקידו	חתימה