

.....
miejsowość i data

.....
Imię i nazwisko ubezpieczonego

.....
Ulica, numer domu, numer lokalu

.....
Kod pocztowy

.....
Miejscowość

.....
Numer NIP, pod którym opłacane są składki na FUS

.....
PESEL

.....
Numer telefonu

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 wnioskodawcy