



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה
מעסיקים
סניף _____

לכבוד
תחום הביטוח והגבייה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות _____
סוג המסמך _____ דפים _____

הנדון: בקשה לביטול/הפחתת _____

1 פרטי הבקשה

1

אבקשכם בזה לבטל/להפחית: קנס הצמדה בו חוב חשבוני לתקופה מ _____ עד _____ מהנימוקים הבאים: _____
מצי"ב המסמכים הבאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____
הריני מתחייב בזה להקפיד מעתה ואילך על תשלום דמי הביטוח במועד החוקי
תאריך _____ חתימה **x** _____

2 לשימוש הסניף

2

הריני ממליץ להפחית/לבטל **קנס** כדלקמן:
עבור חיובים ליום ערך הפחתה לתופת חישוב מ _____ עד _____ מ _____ עד _____ שיעור הפחתה % _____
 הריני ממליץ להפחית/לבטל **הצמדה** כדלקמן:
עבור חיובים ליום ערך הפחתה לתופת 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:

שנה	קנס	הצמדה	%	%	%	%	%	%	%	סה"כ בסכום
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	

נימוקי ההחלטה בסניף _____
תאריך _____ שם החותם/תפקיד _____ חתימה _____
תאריך _____ שם החותם/תפקיד _____ חתימה _____

3 לשימוש המשרד הראשי

3

החלטת הגוף המוסמך במשרד הראשי _____
נימוקי ההחלטה _____
חתימת מאשרי ההחלטה
תאריך _____ שם ותפקיד _____ חתימה **x** _____