המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה
תחום מעבידים

מספר תיק הניכויים

שם המעסיק _____

סניף _____ כתובתו _____

אל: מנהל תחום הביטוח והגבייה

הנדון: **בקשה לביטול / הפחתת** _____

חלק א

אבקשכם בזה לבטל / להפחית _____ * בו חויב חשבוני לתקופה מ- _____

ועד _____ מן הנימוקים הבאים:

_____

_____

_____

_____

_____

מצורפים המסמכים הבאים:

1. _____ 2. _____ 3. _____

הריני מתחייב בזה להקפיד מעתה ואילך על תשלום דמי הביטוח במועדם החוקי.

תאריך _____ חתימת המעסיק _____

* ציין: קנס, הצמדה

חלק ב

לשימוש הסניף

☐ הריני ממליץ להפחית / לבטל קנס כדלקמן:

עבור חיובים ליום ערך _____ הפחתה לתקופת חישוב

מ- _____ עד _____ מ- _____ עד _____ שעור הפחתה % _____

☐ הריני ממליץ להפחית / לבטל הצמדה כדלקמן:

עבור חיובים ליום ערך _____ הפחתה לתקופת חישוב

מ- _____ עד _____ מ- _____ עד _____ שעור הפחתה % _____

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

הריני ממליץ להפחית / לבטל / קנסות / הצמדה בקו ישר כדלקמן:

שנה											**סה"כ בסכומים**
קנס	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
הצמדה	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	

נימוקי ההחלטה בסניף _____

_____

_____

תאריך	שם החותם / תפקידו	חתימה	תאריך	שם החותם / תפקידו	חתימה

חלק ג

לשימוש המשרד הראשי

1. החלטת הגוף המוסמך במשרד הראשי: _____

_____

2. נימוקי ההחלטה: _____

_____

3. חתימות מאשרי ההחלטה

שם החותם	תפקידו	חתימה	תאריך	שם החותם	תפקידו	חתימה

בל/ 754 (10.2004)