……………………………………….………… …………………………………………….

 (imię i nazwisko pracownika) (miejscowość i data)

 ………………………….………………

 (PESEL)

**WNIOSEK**

**o zaprzestanie stosowania kwoty zmniejszającej podatek**

Niniejszym wnioskuję do płatnika

………………………………………………………………………………………………..….

(nazwa zakładu pracy)

o zaprzestanie stosowania kwoty zmniejszającej podatek od ............…………………………..

 …………………………………………

 (podpis pracownika)

Adnotacje płatnika:

Data wpływu niniejszego wniosku: ……………………………………….