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

(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: ……………………………………….