

Spółdzielnia Mieszkaniowa Świdnik ul. Al. Armii Krajowej 1, 21-040 Świdnik NIP 713-000-51-69	Data wpływu .....
<b>WNIOSEK O OBNIŻENIE WYSOKOŚCI CZYNSZU W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMII</b>	
wniosek prosimy wypełnić i przesłać na wyżej zamieszczony adres spółdzielni lub elektronicznie: sekretariat@smswidnik.pl	

.....  
Miejscowość, data**WNIOSEK**

1. Nazwa podmiotu .....

.....

2. NIP .....

3. Forma rozliczeń podatkowych (proszę zaznaczyć właściwą formę)

Pełna rachunkowość, książka przychodów i rozchodów Ryczałt, Karta podatkowa 

4. Adres wynajmowanego lokalu .....

5. Miesiąc którego dotyczy wniosek .....

6. Poziom spadku obrotów w stosunku do poziomu porównawczego: .....%

Obroty w miesiącu wnioskowanym	Obroty w miesiącu porównawczym

7. Załączniki dokumentujące obniżenie obrotów podmiotu:

1) .....

2) .....

3) .....

.....

Podpis wnioskodawcy

