

PODATKI O DAVČNEM ZAVEZANCU:

(ime in priimek davčnega zavezanca)

(podatki o bivališču: naselje, ulica, hišna številka, pošta)

Davčna številka:

--	--	--	--	--	--	--	--

(Pristojni davčni urad)

(Naslov davčnega urada)

O B V E S T I L O
o znižani stopnji akontacije dohodnine od
nadomestila iz obveznega invalidskega zavarovanja

Podpisani _____ ocenjujem, da bo akontacija dohodnine od nadomestila iz obveznega invalidskega zavarovanja, ki ga prejemam kot delovni/a invalid/ka, previsoka glede na pričakovano dohodnino za leto _____, zato sem se odločil/a za akontacijo dohodnine od nadomestila iz obveznega invalidskega zavarovanja po znižani stopnji v višini _____ %.

(kraj in datum)

(podpis davčnega zavezanca)