Miejscowość:……………………

Data: ……………………………

**Dane Beneficjenta Pomocy:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………

Nazwa przedsiębiorstwa: …………………………………………………..

Adres: ………………………………………………………………………

Nr umowy: ………………………………………………………………….

**Wniosek o zmianę wysokości przyznanego wsparcia pomostowego**

Z uwagi na zmianę wymiaru opłacanych składek ZUS zwracam się z prośbą o podwyższenie wysokości przyznanego wsparcia pomostowego finansowego w okresie kolejnych 6 miesięcy działalności z kwoty: ………… zł/miesiąc (łącznie:………… zł) na kwotę: ……….. zł/miesiąc (łącznie: …………… zł).