



# ANSÖKAN OM BETALNINGSANSTÅND

Rättsregistercentralen  
Begäran om betalningsansånd  
PB 157  
13101 TAVASTEHUS

Fax: 010 36 65782

Sökandens namn	Personbeteckning
Näradress	
Postnummer och -anstalt	
Telefon	

## Till staten ådömd fordran för vilken betalningsansånd begärs

Ärende	Referensnummer	Euro

## Grunder för begäran om betalningsansånd

<input type="checkbox"/> sjukdom
<input type="checkbox"/> arbetslöshet
<input type="checkbox"/> värn- plikt
<input type="checkbox"/> annan orsak, vilken:
Ytterligare information

## Betalningsplan

<input type="checkbox"/> betalas i sin helhet före	
<input type="checkbox"/> betalas i särskilda poster	euro per månad

Datum och underskrift

Bilagor