

NEVYPLŇOVAT
Místo pro nalepení čárového kódu v ČMSS

ŽÁDOST O ZRUŠENÍ ZÁKONNÉHO ODKLADU SPLÁTEK

Pozn.: zákonným odkladem splátek se rozumí využití ochranné doby dle zákona č. 177/2020 Sb. o některých opatřeních v oblasti splácení úvěrů v souvislosti s pandemií COVID-19.

Českomoravská stavební spořitelna, a.s., sídlo: Vínohradská 3218/169, P. O. Box 117, 100 17 Praha 10, IČO: 49241397, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spisová značka B 2117 (dále jen „ČMSS“), tel.: 225 225 225, internet: www.cmss.cz, e-mail: info@cmss.cz.

Číslo úvěrové smlouvy * _____

Číslo účtu stavebního spoření (vyplňuje pouze hlavní dlužník) _____

Žádám/me o zrušení zákonného odkladu splátek**

- Zpětně k datu podání oznámení o odkladu splátek (oznámení o zrušení odkladu musí být doručeno ve stejném měsíci, ve kterém bylo o odložení požádáno – př. oznámení o odkladu zasláno v květnu, žádost o zrušení podána také v květnu).
- K datu _____ (zde uvádějte pouze poslední den měsíce, v němž požadujete, aby splátky byly odloženy – př. žádost o zrušení zašlete v červenci, uvedené datum bude 31. 07. 2020, nebo zašlete žádost v červenci, odklad požadujete do srpna, uvedené datum bude 31. 08. 2020).

Upozorňujeme, že v případě zrušení odkladu splátek již nelze znovu odklad oznámit, resp. takové oznámení nebudeme akceptovat.

Žádost o zrušení zákonného odkladu splátek musí podat všichni účastníci úvěru, kteří jsou zavázáni k jeho splácení. Pro přijetí musí být žádost opatřena ověřeným/i podpisem/y (a to smluvním partnerem ČMSS nebo úředním ověřením).

Potvrzení o zrušení zákonného odkladu splátek vám zašleme na vámi uvedený e-mail: _____

Žadatel/lé*

Jméno, příjmení, titul _____

Ulice _____ číslo popisné _____

PSČ _____ Obec _____

Datum narození _____ telefon _____

Datum _____

Podpis žadatele
(ověřený podpis)

Jméno, příjmení, titul _____

Ulice _____ číslo popisné _____

PSČ _____ Obec _____

Datum narození _____ telefon _____

Datum _____

Podpis žadatele
(ověřený podpis)

* Povinné pole

**Označte vybranou variantu

Jméno, příjmení, titul _____

Ulice _____ číslo popisné _____

PSČ _____ Obec _____

Datum narození _____ telefon _____

Datum _____

Podpis žadatele
(ověřený podpis)

Jméno, příjmení, titul _____

Ulice _____ číslo popisné _____

PSČ _____ Obec _____

Datum narození _____ telefon _____

Datum _____

Podpis žadatele
(ověřený podpis)

Podepsanou a ověřenou žádost zašlete na adresu

Českomoravská stavební spořitelna, a. s.
P.O. BOX 117
Vínohradská 3218/169
100 17 Praha 10