……................................................................... ...........................................

imię i nazwisko wnioskodawcy(ów) (miejscowość, data)

..........................................................................

adres zamieszkania lub korespondencyjny

...........................................................................

kod pocztowy , miejscowość

**STAROSTA STARGARDZKI**

ul. Skarbowa 1

73-110 Stargard

**Wniosek**

**o zamiarze wniesienia opłaty jednorazowej i o udzielenie bonifikaty od opłaty z tytułu przekształcenia prawa użytkowania wieczystego w prawo własności nieruchomości, w trybie przepisów ustawy   
z dnia 20 lipca 2018 roku o przekształceniu praw a użytkowania wieczystego gruntów zabudowanych   
na cele mieszkaniowe w prawo własności tych gruntów ( Dz. U. z 2019 r., poz. 916 )**

**Zgłaszam zamiar wniesienia opłaty jednorazowej wraz z ustaleniem** bonifikaty od opłaty z tytułu przekształcenia prawa użytkowania wieczystego w prawo własności nieruchomości zabudowanej   
na cele mieszkaniowe oznaczonej w ewidencji gruntów jako działka :

* nr ................ o powierzchni ......................... ha , obręb ewidencyjny …………………….
* położonej przy ulicy …..................................... , gmina/miasto ………………………………..

dla której prowadzona jest księga wieczysta KW nr ………………………………… przez Sąd Rejonowy   
V Wydział ksiąg Wieczystych w Stargardzie, z którym to gruntem związany jest udział wynoszący ………………… części w prawie własności lokalu nr ……… zapisanego w księdze wieczystej   
nr …………………….......... , w trybie\*:

 art. 9 ust. 3 powołanej ustawy

 art. 9 ust. 3 a powołanej ustawy – zastosowanie stawki procentowej obowiązującej dla nieruchomości położonych na terenie gminy Kobylanka, (stawka wyższa od stawki procentowej obowiązującej   
dla nieruchomości Skarbu Państwa zgodnie z ustawą)

 art. 9 a powołanej ustawy - w wysokości 99% - dotyczy między innymi osób z orzeczeniem   
o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym, osób posiadających Kartę Dużej Rodziny, kombatantom oraz ofiarom represji wojennych, świadczeniobiorcom do ukończenia 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu,   
lub ich opiekunom prawnym.

Proszę o ustalenie wymiaru opłaty jednorazowej wraz z bonifikatą.

................................................................................

( podpis wnioskodawcy/ wnioskodawców)

**\*** Należy zakreślić właściwy 