

Grodzisk Mazowiecki, dnia

.....
(imię i nazwisko)

**Powiatowej Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
w Grodzisku Mazowieckim
ul. Żwirki i Wigury 10
05-825 Grodzisk Mazowiecki**

Wniosek o zwrot wpłaty

Proszę o zwrot wpłaty z tytułu badania w kierunku nosicielstwa dokonanej w kasie Stacji
w dniu w wysokości zł z powodu niewykonania badania.

.....
(podpis)

Wypełnia osoba upoważniona w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Grodzisku Mazowieckim

Potwierdzam/Nie potwierdzam informację zawartą we wniosku

Akceptuję/Nie akceptuję do zwrotu