Warszawa, dnia ……..……

Nazwa… …….…….

Adres… ……

Imię i nazwisko……..……..

NIP (firma)……

Tel……..

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie
ul. Żelazna 79
00-875 Warszawa

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY

Proszę o zwrot nadpłaty w kwocie ……..zł. z dnia ……, która powstała w wyniku:

……...

……...

……...

……...

Nadpłatę proszę przekazać na nr rachunku w banku:

…….

(nazwa banku)

Nr rachunku

……
(podpis wnioskodawcy)

Wypełnia osoba upoważniona w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej

Potwierdzam/nie potwierdzam *informację zawartą we wniosku*

Akceptuję/ nie akceptuję *do zwrotu*