

Legionowo, dnia

Imię i nazwisko

Adres

NIP (firma).....

Tel.....

Powiatowa Stacja Sanitarno -
Epidemiologiczna w Legionowie
ul. Sikorskiego 11
05-120 Legionowo

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY/WPŁATY

Proszę o zwrot nadpłaty /wpłaty ^{*)} w kwociezł. z dnia ,
która powstała w wyniku:

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

Nadpłatę proszę przekazać na nr rachunku w banku:

.....
(nazwa banku)

Nr rachunku

□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
----	------	------	------	------	------	------

.....
(podpis wnioskodawcy)

*) niepotrzebne skreślić

Wypełnia osoba upoważniona w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej

Potwierdzam/nie potwierdzam informację zawartą we wniosku

Akceptuję/ nie akceptuję do zwrotu