

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna

ul. Niepodległości 66/2

73 - 150 Łobez

WNIOSEK O ZWROT WPLATY

Uprzejmie proszę o zwrot wpłaty w kwocie dokonanej dnia
za badania kału w kierunku Salmonella, Shigella. Środki proszę przesłać na rachunek
bankowy:.....

Właściciel rachunku bankowego:.....

.....
(podpis)