…………………………………., dnia

Nazwa

Imię i Nazwisko

Adres

NIP

Tel

Powiatowa Stacja

Sanitarno-Epidemiologiczna

w Kamieniu Pomorskim

ul. Wolińska 7b

 72-400 Kamień Pomorski

**WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY**

Zwracam się z prośbą o zwrot nadpłaty w wysokości …………….…..…. zł wpłaconej na konto Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Kamieniu Pomorskim dnia………………………..

Nadpłata powstała w wyniku:…………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………

Nadpłatę proszę przekazać na rachunek bankowy numer:……………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(podpis wnioskodawcy)