

imię i nazwisko lub nazwa instytucji

adres (wraz z kodem)

e-mail, numer tel. kontaktowego

e-Platforma MS


ms.gov.pl ems.ms.gov.pl krk.ms.gov.pl ekrk.ms.gov.pl

WNIOSEK O ZWROT OPŁATY

Data uiszczenia opłaty													
Kwota w PLN													
Kwota słownie													
Tytułem													
Sygnatura / numer wniosku													
Nr KW¹													
Id płatności²													
Numer rachunku, na który ma być dokonany zwrot:													
W przypadku <u>zwrotu na zagraniczny rachunek bankowy</u> niezbędne jest <u>podanie kodu BIC oraz IBAN.</u>													
Kod BIC							IBAN						
Przekaz pocztowy na adres³													
Podpis Wnioskodawcy													

¹ Jeśli dotyczy

² Jeśli dotyczy płatności wykonanej przez system e-płatności

³ Jeśli dotyczy, jeśli nie – pozostawić puste.