Radom, dnia ……

Nazwa …….……...

Adres …….……..…

Imię i nazwisko …….……..…

NIP (firma) …….……

Tel. …….……

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Radomiu
ul. gen. Leopolda Okulickiego 9D
26-601 Radom

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY/WPŁATY

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

……
……
……
…….. .

Nadpłatę/wpłatę proszę przekazać na nr rachunku w banku:

……

(nazwa banku)

Nr rachunku

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

……

(podpis wnioskodawcy)

Wypełnia osoba upoważniona w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej

Potwierdzam/ nie potwierdzam *informację zawartą we wniosku*

Akceptuję/ nie akceptuję *do zwrotu*