

Nazwa (Firma).....

Adres

Imię i Nazwisko

NIP (firma)

Tel.

Powiatowa Stacja
Sanitarno – Epidemiologiczna
w Przasnyszu
ul. Gołymińska 13
06-300 Przasnysz

Wniosek o Zwrot Nadpłaty

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

Nadpłatę proszę przekazać na nr rachunku w banku:
.....
(nazwa banku)

Nr Rachunku

.....
(podpis wnioskodawcy)