Nowy Dwór Mazowiecki, dnia .....

Nazwa .....

Adres .....

Imię i nazwisko .....

NIP (firma) .....

Tel .....

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
w Nowym Dworze Mazowieckim
ul. Chemików 6
05-100 Nowy Dwór Mazowiecki

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY

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

powstała w wyniku:

.....

.....

.....

.....

Nadpłatę za ***badania na nosicielstwo*** proszę przekazać na nr rachunku w banku:

.....

(nazwa banku)

Nr rachunku

.....

(podpis wnioskodawcy)

Wypełnia osoba upoważniona w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Nowym Dworze Mazowieckim

Potwierdzam / nie potwierdzam informację zawartą we wniosku

Akceptuję / nie akceptuję do zwrotu