

Nazwa
Adres.....
Imię i nazwisko.....
NIP (firma).....
Tel,.....

Warszawa dn.

**Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
w m.st. Warszawie
01-864 Warszawa
ul. Kochanowskiego 21**

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY

Proszę o zwrot nadpłaty w kwociezł. z dnia,

która powstała w wyniku:.....

.....
.....
.....
.....

Nadpłatę proszę przekazać na numer rachunku w banku

.....
(nazwa banku)

Numer rachunku

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

.....
(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam/nie potwierdzam informację zawartą we wniosku

Akceptuję/ nie akceptuję do zwrotu

.....
(podpis przyjmującego wniosek)

