………………………………………………

nazwisko i imię

………………………………………………

adres korespondencyjny

…………………………

telefon kontaktowy/adres e-mail

**Główny Inspektorat Sanitarny**

**WNIOSEK O ZWROT WNIESIONEJ OPŁATY**

Proszę o zwrot kwoty …………………….… zł, słownie zł .…………………...… ……………………………………………………….............................................................…. wniesionej tytułem opłaty w związku z:

Egzamin IOR….……………………………….……………………………………………..

(data i miejsce egzaminu np. *1 lutego 2020 r. Warszawa*, siedem pierwszych cyfr numeru PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię, numer i nazwę dokumentu tożsamości osoby zdającej)

przelewem na konto bankowe nr



**Załączniki:**

**Potwierdzenie przelewu**

……………………… ……………………………………..

*Data Podpis wnioskodawcy*

**==================================================================**

**Potwierdzam zasadność zwrotu wniesionej opłaty**

…………………………………………………….

*Podpis pracownika Departamentu Higieny Środowiska*

**==================================================================**

Ww. wpłata w wysokości ………………………………… słownie zł. ……………………… ……………………………………………….………………………..wpłynęła na konto GIS w dniu ……………………………………………….

……….……………………………

*Podpis pracownika Departamentu Budżetu i Finansów*

**Zatwierdzono do wypłaty kwotę** …………………………słownie zł. ………………………

………………………………………………………………………………………………….. ze środków ……………………………………..

Dział …….. Rozdział ……………….Paragraf……………...

……………………………… ………………………………... *Główny księgowy Kierownik Jednostki*