

Legionowo, dnia.....

Nazwa.....

Adres.....

Imię i nazwisko.....

NIP (firma).....

Tel.

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
w Legionowie
ul. Sikorskiego 11
05 – 119 Legionowo

Wniosek o zwrot wpłaty/~~nadpłaty~~

Proszę o zwrot wpłaty/~~nadpłaty~~ w kwocie zł z dnia, która powstała
w wyniku

.....
.....

Wpłatę/~~nadpłatę~~ proszę przekazać na nr rachunku:

w banku

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wypełnia osoba upoważniona w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej

Potwierdzam/nie potwierdzam informację zawartą we wniosku

Akceptuję/nie akceptuję do zwrotu