

....., dn.....
(miejscowość)

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

.....
(telefon)

Sekcja Finansowo-Księgowa
PSSE w Radomiu

Proszę o zwrot nadpłaty w kwocie zł z tytułu badania na nosicielstwo Salmonella i Shigella.

Wpłaty dokonano na konto Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Radomiu w dniu

Numer konta

.....

Czytelny podpis

Załącznik:

1. Potwierdzenie dokonania opłaty za badanie do PSSE w Radomiu