

Zabrze,.....

Imię i nazwisko Abonenta:	
Ulica, numer lokalu:	
Kod pocztowy, miasto	
Numer Klienta	
Numer kontaktowy:	

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY

Wysokość nadpłaty	
Numer konta, na który nadpłata ma zostać zwrócona	

--

Data i czytelny podpis Abonenta