

Numer Autoryzowanego Przedstawiciela

Pieczęćka Autoryzowanego Przedstawiciela

Data

Miejscowość

**WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY/PRZEKSIEGOWANIE**

Nr Abonenta:

Imię i nazwisko  
Wnioskodawcy:

Adres Wnioskodawcy:

Numer PESEL  
Wnioskodawcy:Nadpłatę w kwocie  zł proszę: rozliczyć na poczet należności za kolejne miesiące prześlę na konto Umowy o numerze:  zwrócić na rachunek bankowy o numerze: 

Imię i nazwisko właściciela konta:

 zwrócić przekazem pocztowym na adres:

Oświadczam, że po otrzymaniu kwoty nadpłaty zobowiązuję się do zaspokojenia ewentualnych roszczeń pozostałych uprawnionych osób.

Podpis Autoryzowanego Przedstawiciela

Podpis Wnioskodawcy