

OŚWIADCZENIE ABONENTA O PRZEKSIEGOWANIU WPŁATY



Data złożenia dokumentu

Miejsce złożenia dokumentu

DANE OSOBOWE ABONENTA

Imię

Nazwisko

Firma/Nazwa prowadzonej działalności*

Nr PESEL

Rodzaj dowodu tożsamości

Seria i numer dowodu tożsamości

Numer NIP**

Regon**

PROSZĘ O PRZEKSIEGOWANIE WPŁATY

Z umowy o numerze

Na umowę o numerze

Adres, pod którym była świadczona usługa

Adres, pod którym obecnie jest świadczona usługa

Kwota do przeksięgowania

Słownie

Podpis Przedstawiciela Dostawcy Usług

Czytelny podpis Abonenta (pieczęćka firmowa*)