

Žádost o vrácení přeplatku

| | | | |
|----------------------------------|--|-----------|--|
| Jméno, příjmení, titul | | | |
| Rodné číslo / IČ | | | |
| Číslo smlouvy | | | |
| Trvalá adresa | | | |
| Korespondenční adresa | | | |
| Telefonní kontakt | | | |
| Číslo účtu pro vrácení přeplatku | | Kód banky | |

| | | |
|---|-----|-----------------|
| V | Dne | Podpis žadatele |
|---|-----|-----------------|

Vyplněný a podepsaný formulář zašlete poštou na adresu: ESSOX s.r.o., Účtárna, F. A. Gerstnera 52, 370 01 České Budějovice.