**ŽÁDOST O VÁCENÍ PŘEPLATKU Z MÍSTNÍHO POPLATKU**

* Komunální odpad
* Psa

**Žadatel:**

Jméno a příjmení:………………………………………………………………………………………………

Datum narození: …………………………………

Adresa trvalého pobytu:,…………………………………………………………..............................................

Telefon: …………………………………………. E-mail: ……………………………………………........

**Žádám o vrácení přeplatku, který vznikl osobě:**

Jméno a příjmení:………………………………………………………………………………………………

Datum narození: …………………………………

Adresa trvalého pobytu:,…………………………………………………………..............................................

**Z důvodu:**

* Úmrtí
* Změna TP
* Jiného…………………………………………………………………………………………………

**Přeplatek ve výši** ……………………………………..

Bude vyplacen: v hotovosti z pokladny Města Potštát

 na účet č. ……………………............

V ……………………………..dne……………………… Podpis ………………………………………..