



**OBEC CHLEBIČOV**  
**HLAVNÍ 65**  
**747 31 CHLEBIČOV**

**ŽÁDOST O VRÁCENÍ PŘEPLATKU MP**

**za systém nakládání s odpady v obci Chlebičov**

**A) ŽADATEL**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**B) ŽÁDÁM O VRÁCENÍ PŘEPLATKU z důvodu:**

změny trvalého pobytu mimo Chlebičov

jiného: \_\_\_\_\_

**C) ŽÁDÁM O VRÁCENÍ PŘEPLATKU ZA TYTO NEZLETILÉ OSOBY (jako zákonný zástupce):**

Jméno a příjmení	Rodné číslo

**D) PŘEPLATEK CHCI ZASLAT:**

na účet č: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

v hotovosti na pokladně OÚ

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Podpis:** \_\_\_\_\_