

SLUŽBA ZA ODNOS E S KORISNICIMA**ODJEL OČITANJA I OBRAČUNA**

ZAHTJEV ZA : a) **POVRAT PREPLAĆENIH SREDSTAVA**
b) **PREKNJIŽENJE UPLATE**
c) **POVRAT POGREŠNO UPLAĆENIH SREDSTAVA**

IME I PREZIME:

ADRESA:

DA LI STE VLASNIK OBJEKTA NAVEDENE ADRESE: a) **DA** b) **NE****ŽELITE LI I DALJE BITI KORISNIK VODNIH USLUGA:** a) **DA** b) **NE****ŽELITE LI SAMI MJESEČNO DOSTAVLJATI OČITANJE:** a) **DA** b) **NE****OIB:**

KONTAKT:

BROJ I DATUM RAČUNA:

DATUM PLAĆANJA:

IZNOS POVRATA:

IBAN:

RAZLOG POVRATA:

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA:

PRIPREMIO:**DATUM****ODOBRIO:**
