

Iesniegums par maksājuma atgriešanu

Nr. _____
Datums: _____

Vārds, uzvārds/ Nosaukums:

Personas kods/ Vienotais reģ. numurs:

Kontakttālrunis:

Parraksttiesīgās personas vārds, uzvārds:

Korespondences adrese/ Juridiskā adrese:

Izvēlieties maksājuma veidu, atzīmējot savu izvēli ar "x":

- ☐ Depozīts
- ☐ Kļūdains maksājums

Lūdzu atgriezt uz bankas kontu: _____ ,
(bankas kods)

_____ maksājumu, kuru es, _____ ,
(bankas nosaukums) (vārds, uzvārds)

personas kods _____ , veicu _____ EUR apmērā _____ .
(summa) (datums)

Jautājumu gadījumā, lūdzu, sazinieties ar mani pa telefonu _____ .
(kontakttālrunis)

- ☐ Piekrītu, ka maksājums tiek atgriezts 30 dienu laikā no iesnieguma saņemšanas dienas.
Neskaidrību gadījumā Bitei ir tiesības ar Jums sazināsimies

Abonenta vārds, uzvārds

Abonenta paraksts

Pārdevējs:
Pārdošanas vieta:
Pārdevēja tālrunis uzziņām:
SIA „BITE Latvija” vārdā iesniegumu paraksta:

SIA „BITE Latvija” vārdā paraksta