

ZMIANA OKRESU ROZLICZENIOWEGO*

Nazwisko i imię	
Adres	
Numer płatnika	
Numer odbiorcy	
Klient Spółki	ESV..... Sp. z o.o.
Obecny okres rozliczeniowy- miesięczny

Proszę o zmianę okresu rozliczeniowego na wskazany poniżej:

Wnioskowany okres rozliczeniowy (zaznaczyć właściwe „X”)	
1- miesięczny	<input type="checkbox"/>
6 - miesięczny	<input type="checkbox"/>

Data i podpis Klienta

* Zmiana okresu rozliczenia wchodzi w życie z pierwszym dniem miesiąca następującego po zakończeniu bieżącego okresu rozliczeniowego.