

**FORMULARZ POTWIERDZENIA PRZEJĘCIA/ZAPRZESTANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI POB_Z
ZA BILANSOWANIE HANDLOWE URD_W LUB URD_{ME}**

Data: [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] [] [] []

DANE dotychczasowego POB_Z:

Nazwa POB _Z	
Kod POB _Z nadany przez OSP	
Data zakończenia bilansowania	

DANE nowego POB_Z:

Nazwa POB _Z	
Kod POB _Z nadany przez OSP	
Data rozpoczęcia / data zakończenia bilansowania	

DANE URD_W / URD_{ME}:

Nazwa URD _W / URD _{ME}	
Adres lokalizacji URD _W / URD _{ME}	
Kod identyfikacyjny URD _W / URD _{ME} nadany przez OSD /*	
Kod PPE URD _W / URD _{ME}	

* podać opcjonalnie

Niniejszym potwierdzam przejęcie/zaprzestanie odpowiedzialności za bilansowanie handlowe z datą wskazaną powyżej dla wyżej wymienionego/ych PPE dla URD_W / URD_{ME}.

Oświadczam, iż dane i informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

Imiona i nazwiska oraz podpisy osób upoważnionych do składania wniosku ze strony nowego **POB_Z**:

1.
(podpis)

2.
(podpis)