

**FORMULARZ POTWIERDZENIA PRZEJĘCIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA BILANSOWANIE HANDLOWE
URD TYPU WYTWÓRCA**

DANE dotychczasowego POB:

Nazwa POB	
Kod POB nadany przez OSP	
Data zakończenia bilansowania URDw	

DANE nowego POB:

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

DANE URDw:

Nazwa URDw	
Adres lokalizacji URDw	
Kod identyfikacyjny URDw nadany przez OSD	
Kod PPE URDw	

Niniejszym potwierdzam przyjęcie/zaprzestanie odpowiedzialności za bilansowanie handlowe z datą wskazaną powyżej dla wyżej wymienionego PPE dla URDw.

Oświadczam, iż dane i informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi.

Podpisy osób upoważnionych ze strony nowego POB			
Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
1			
2			

OSD

WYTWÓRCA

.....

.....