

WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI

Opole, dnia

.....

IMIĘ I NAZWISKO

.....

.....

ADRES

MIEJSKI ZARZĄD DRÓG w Opolu
45-512 OPOLE
Ul. Obrońców Stalingradu 66
mzd_opole@um.opole.pl
Fax 77 46 97 402

Proszę o anulowanie wezwania do zapłaty nr.....

W załączeniu przedkładam ważny bilet parkingowy.

.....

podpis