

Stargard Szczec., dnia

RAKLAMACJA NA USŁUGĘ

1. Dane usługobiorcy:

Nazwa: Miejskie Przedsiębiorstwo Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Okrzei nr 6, 73 110 Stargard Szczeciński

Zakład Oczyszczania Miasta, ul. Bogusława IV nr 15 w Stargardzie Szczecińskim

2. Dane usługodawcy:

Nazwa usługodawcy:

.....

Adres posesji, na której zlokalizowano pojemnik :

.....

Nr ID płatnika:

Nr umowy:

Umowa zawarta w dniu:

Opis zastrzeżeń do usługi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis usługodawcy

.....
Podpis przyjmującej reklamację/ data