



תאריך: \_\_\_\_\_

שם הצרכן: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_

כתובת הנכס: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_

מספר משלם: \_\_\_\_\_

**בקשת צרכן להחזר תשלום ששולם ביתו**

**עקב**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מוציא המסמכים הנ"ל לכיסוס בקשתי:

\_\_\_\_\_

חתימת הצרכן

=====

שם המפקיד המטפל: \_\_\_\_\_ חתימת המפקיד: \_\_\_\_\_

שם מנהל האשכול/מנהל המחלקה: \_\_\_\_\_ חתימת המנהל: \_\_\_\_\_

מאושר החזר בסכום של: \_\_\_\_\_ ש"ח/לא מאושר