**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Dotyczy:** świadczenia usługi polegającej na niezwłocznym przekazaniu przez usługodawcę dla Urzędu informacji o złożeniu przez Płatnika nieodwołalnego Zlecenia płatniczego od Dostawcy Płatnika.

|  |
| --- |
| **Dane Usługodawcy** |
| 1. | Nazwa Usługodawcy |  |
| 2. | Adres |  |
| 3. | Osoba do kontaktów roboczych |  |
| 4. | E-mail |  | Tel./fax. |  |

Data sporządzenia dokumentu: …………………………………

Wypełniony formularz wraz z charakterystyką realizowanej usługi prosimy przesłać mailemdo dnia 3.07.2019 roku do godziny 15:30 na adres: m.chomej@warmia.mazury.pl