|  |  |
| --- | --- |
| Презиме (име оца) и име |  |
| Адреса |  |
| Број телефона |  |
| ЈМБ |  |

**ОПШТИНА НОВИ ГРАД**

**НАЧЕЛНИК ОПШТИНЕ**

**Кабинет Начелника**

**ПРЕДМЕТ:** Захтјев за поврат погрешно уплаћених средстава

Молим издавање рјешења о поврату погрешно уплаћених средстава.

Кратко навести разлоге погрешне уплате и евентуалне позиције на коју треба извршити уплату:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

У прилогу достављам:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Назив документа** | **Форма документа** | **Издаје га:** |
|  |  |  |  |
|  | Лична карта | На увид | CIPS |
|  | Пореска картица | Оригинал | Пореска управа |
|  |  |  |  |

Нови Град, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_