

**FORMULARZ POTWIERDZENIA PRZEJĘCIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA BILANSOWANIE HANDLOWE SPRZEDAWCY /
URD typu wytwórca**

Data: [] [] - [] [] - [] [] [] []

DANE POB

Pełna nazwa POB:

Imię i Nazwisko osób upoważnionych do składania wniosku¹:

1.
2.

NIP

Kod URB:

Nr Umowy dystrybucyjnej z OSD:

Niniejszym potwierdzam:

I. Przejęcie odpowiedzialności za bilansowanie handlowe dla niżej wymienionych PPE/FPP:

Lp.	Kod MD	Nr PPE / FPP	Data rozpoczęcia bilansowania
1			
2			

Podpisy i pieczęć firmowa Wnioskodawcy:

1.

2.

¹ wniosek musi zostać podpisany przez osobę lub osoby uprawnione do działania w imieniu POB