

Grabów nad Pilicą .....

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/adres/

.....  
.....  
/telefon/

### ZESTAWIENIE FAKTUR DO WNIOSKU O ZWROT PODATKU AKCYZOWEGO

LP	NUMER FAKTURY VAT	DATA ZAKUPU	ILOŚĆ LITRÓW OLEJU
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

<b>19</b>			
<b>20</b>			
<b>21</b>			
<b>22</b>			
<b>23</b>			
<b>24</b>			
<b>25</b>			
<b>26</b>			
<b>27</b>			
<b>28</b>			
<b>29</b>			
<b>30</b>			
<b>31</b>			
<b>32</b>			
<b>33</b>			
<b>34</b>			
<b>35</b>			
<b>36</b>			
<b>37</b>			
<b>38</b>			
<b>39</b>			
<b>40</b>			
<b>41</b>			
<b>42</b>			
<b>43</b>			
<b>44</b>			
<b>45</b>			
<b>46</b>			
<b>47</b>			
<b>48</b>			
<b>49</b>			
	<b>RAZEM</b>		

.....podpis

