DRUK ZWROTU KAUCJI

AKADEMICKIE CENTRUM HOTELOWE (ACH)
UL. ARMII KRAJOWEJ 9-9A, 30-150 KRAKÓW

Numer pokoju

ACH

DS.4 „KRAKOWIAK” ☐ **DS3 „ZA KOLUMNAMI”** ☐

Nazwisko

Imię

Adres

Ulica	**Miasto**	**Kod**	**Kraj**

PROSZĘ O ZWROT KAUCJI WPŁACONEJ ZGODNIE Z ZARZĄDZENIEM NR RO.Z.0211.2.2023 PROREKTORA DS. STUDENCKICH Z DNIA 31 MAJA 2023 ROKU W WYSOKOŚCI …… ZŁ

NUMER KONTA DO ZWROTU

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

FOREIGN BANK ACCOUNT:

SWIFT CODE: ……

IBAN: ……

BANK: ……

W ZAŁĄCZENIU PRZEDSTAWIAM POTWIERDZENIE WPŁATY KAUCJI

DATA ……

……

PODPIS