

(dane firmy).....
Ul.....
.....
NIP:

(miejscowość data).....

kopia/oryginał

DO: Urząd Skarbowy w

W związku z zapelnieniem się/uszkodzeniem się pamięci fiskalnej proszę o dokonanie odczytu modułu w kasie fiskalnej/drukarce fiskalnej o numerze ewidencyjnym:

.....
.

.....

(pieczęć i podpis)