

INFORMACJA O ROZLICZENIACH

Imię i nazwisko płatnika:

Adres:

Miejscowość, stan kod pocztowy Zip:

Imię i nazwisko osoby:

Nr identyfikacyjny (ID TABS):

Nr konta:

Podmiot świadczący usługi:

Adres:

Miejscowość, stan kod pocztowy Zip:

Nr tel.:

Dla wyżej wymienionej osoby ustanawia się nowe warunki rozliczeniowe. Począwszy od ___/___/___ maksymalna miesięczna kwota, którą zostaną Państwo obciążeni za usługi wynosi _____ USD.*

Państwa dotychczasowa stawka zmienia się w następujący sposób:

Nowa całkowita opłata miesięczna: _____ USD*

Data wejścia w życie: ___/___/___

Powód zmiany: _____

Pobiera się od Państwa miesięcznie dodatkową kwotę w celu wyrównania kosztu zatwierdzonej przez stan podwyżki stawek za otrzymywane usługi.

Okres obowiązywania: ___/___/___ do ___/___/___

Dodatkowa opłata miesięczna: _____ USD

Nowa całkowita opłata miesięczna: _____ USD *

Otrzymują Państwo zwrot w wysokości _____ USD tytułem zatwierdzonej przez stan obniżki stawek za świadczone usługi.

*** Opłaty będą naliczane w następujący sposób:**

Usługa _____ Kwota _____ USD

Usługa _____ Kwota _____ USD

Usługa _____ Kwota _____ USD

Usługa _____ Kwota _____ USD

OPŁATY TE OKREŚLONE ZOSTAŁY ZGODNIE Z Podrozdziałami 635-12.5(b) i 635-12.9 rozporządzenia 14 NYCRR.

NINIEJSZA INFORMACJA NIE JEST RACHUNKIEM – PROSIMY NIE REALIZOWAĆ PŁATNOŚCI DO CZASU OTRZYMANIA RACHUNKU

Kopia do: _____
