

## Iesniegums par maksājuma dokumentu atgriešanu

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_  
Personas kods \_\_\_\_\_  
Dzīves vietas adrese \_\_\_\_\_ LV-\_\_\_\_\_  
Tālrunis \_\_\_\_\_  
E-pasts \_\_\_\_\_

**Lūdzu sagatavot maksājuma dokumentus iesniegšanai VID par periodu:**

\_\_\_\_\_

### Dokumentus vēlos saņemt:

- Baltijas Apdrošināšanas Nams birojā Rīga, Antonijas iela 23
- Klientu apkalpošanas centrā Rīgā, Vienības gatvē 186a
- Valmieras filiālē, Rīgas ielā 7
- Cēsu filiālē, Raunas ielā 9a
- Ogres filiālē, Mālkalnes prospektā 26
- Valkas filiālē, Rīgas ielā 24
- Rēzeknes filiālē, Atbrīvošanas alejā 88
- Kuldīgas filiālē, Liepājas ielā 44
- Liepājas filiālē, F.Brīvzemnieka ielā 52, 1.st.
- Daugavpils filiālē, Ģimnāzijas ielā 34/36

Pa pastu uz pieteikumā norādīto adresi

\_\_\_\_\_

Iesniegumu iesniedza

Datums \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2016

Paraksts, paraksta atšifrējums \_\_\_\_\_

Iesniegumu pieņēma (atzīmē BAN darbinieks)

Datums \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2016

Paraksts, paraksta atšifrējums \_\_\_\_\_