................................................................... Radom, dnia …………………...

 Nazwisko i imię

Ul. …………………………………26-600 Radom

 Adres zamieszkania

Miejski Zarząd Lokalami w Radomiu

 Ul. Garbarska 55/57

 26-600 Radom

 PODANIE

Zwracam się z prośbą o scalenie konta lokalu.

 ………………………………………..

 Podpis