

ОПШТИНСКА УПРАВА ОПШТИНЕ СОКОБАЊА

ПРЕДМЕТ: ЗАХТЕВ ЗА ПРЕКЊИЖЕЊЕ

(назив пореског обвезника)

(адреса)

ПИБ/ЈМБГ: _____

Број: _____

Дана: _____

Молим да извршите прекњижавање више/погрешно уплаћене обавезе јавних прихода и то:

износ _____ динара са уплатног рачуна _____

позив на број _____
97-(КК-ШОП-ЈМБГ/ПИБ)

на уплатни рачун _____

позив на број _____
97-(КК-ШОП-ЈМБГ/ПИБ)

износ _____ динара са уплатног рачуна _____

позив на број _____
97-(КК-ШОП-ЈМБГ/ПИБ)

на уплатни рачун _____

позив на број _____
97-(КК-ШОП-ЈМБГ/ПИБ)

Прилог:
- Фотокопије доказа о извршеним уплатама

М.П.

ОВЛАШЋЕНО ЛИЦЕ
ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

Захтев за прекњижње

Потребна документација уз поднети захтев:

- фотокопија доказа о извршеним уплатама

Захтев можете поднети у електонском облику на адресу:

aleksandra.pokrajac@opstinasokobanja.com

Захтев можете послати поштом на адресу: Општинска управа општине Сокобања, Локална пореска администрација, улица Светог Саве 23, 18230 Сокобања.

Информацију о стању Вашег дуга по основу свих локалних прихода можете добити на телефон Општинске управе 018-830-173 и 018-830-030, мобилне телефоне 0648560755 и 0648560721.