…….
Imię i nazwisko wnioskodawcy

Słupsk , dnia …..... r.

.....
ulica, nr domu, mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość

…….
Nr telefonu

WOJEWÓDZKI OŚRODEK

RUCHU DROGOWEGO

W SŁUPSKU

PESEL

WNIOSEK O ZWROT WPŁATY ZA EGZAMIN

Proszę o zwrot kwoty …..... zł

słownie: .....

Przypadającą do zwrotu kwotę proszę przekazać:

- przelewem na konto nr (właściciel rachunku)* . . . . . .

- przekazem pocztowym na adres *. . . . .

. . . .

Data i podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ZASADNOŚCI ZWROTU PRZEZ BIURO OBSŁUGI EGZAMINÓW WORD SŁUPSK

KWOTA ZWROTU ..... słownie: …….....……

Data i podpis pracownika BOE

ZATWIERDZENIE ZWROTU

Kontrola formalno rachunkowa	Główny Księgowy	DYREKTOR
…….	…….	……
Data i podpis	Data i podpis	Data i podpis

Informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Słupsku** z siedzibą w **S**łupsku, ul. Mierosławskiego 10, reprezentowany przez Dyrektora. Wszelkie informacje na temat przetwarzania danych oraz Pani/Pana praw wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych znajdują się na stronie internetowej WORD w zakładce „Ochrona danych”.

***)niepotrzebne skreślić**
***niepotrzebne skreślić**