Konin, dnia …….

……
Imię i nazwisko

……
Ulica, nr

……
Kod, miejscowość

……
Nr tel.

.....
PESEL

Dyrektor
Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego
w Koninie
ul. Zakładowa 4b
62-510 Konin

Proszę o zwrot kwoty: …… zł,

słownie: …….....……,

z powodu: ……..……..……..,

Powyższą kwotę proszę przekazać:

a) na rachunek bankowy o numerze:*

b) odbiór osobisty*

c) w formie przekazu pocztowego na adres:*

……
Ulica, nr

……
Kod, miejscowość

……
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* właściwe podkreślić