

Zduńska Wola, dnia

Wnioskodawca:

.....
(nazwisko i imię /nazwa)

.....
(adres)

.....
(numer telefonu-podanie nie jest obowiązkowe)

NIP/ PESEL *

**Prezydent Miasta Zduńska Wola
ul. Stefana Żłotnickiego 12
98-220 Zduńska Wola**

WNIOSEK

O ZWROT OPŁATY SKARBOWEJ

dokonanej w dniu

w celu uzyskania

UZASADNIENIE

.....
.....
.....
.....

Zwrotu opłaty skarbowej proszę dokonać na rachunek bankowy:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

.....
(podpis wnioskodawcy)

*właściwe podkreślić

Urząd Miasta Zduńska Wola ul. Stefana Żłotnickiego 12 98-220 Zduńska Wola zdunskawola.pl bip.zdunskawola.pl	Biuro Dochodów tel. 43 825-02-58 tel. centrala: 43 825-02-00 urząd_miasta@zdunskawola.pl	D
ZWROT OPŁATY SKARBOWEJ		strona 1 / 1