

.....
Nazwisko i imię

.....
miejsowość, data

.....
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)

Adres

.....

Do Dyrektora ZORD w Koszalinie

Proszę o zwrot niewykorzystanej opłaty za egzamin państwowy na kategorię

.....
Podpis osoby wnioskującej