

.....
Nazwisko i imię

.....
miejscowość, data

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

Do Dyrektora ZORD w Koszalinie

Proszę o zwrot niewykorzystanej opłaty za egzamin państwowy na kategorię

nr konta:

.....
Podpis osoby wnioskującej