



Druk 8

Załącznik nr 1 do Karty usługi 9/K/UP/CiG:

**INFORMACJA O ZASADACH ZWROTU KOSZTÓW PODRÓŻY I URACONYCH ZAROBKÓW
LUB DOCHODÓW DLA ŚWIADKÓW**

....., dnia
(miejsowość i data)

Sąd Okręgowy w Warszawie

.....**Wydział**

Wnioskodawca:

.....
(imię i nazwisko / nazwa)

.....
(numer telefonu)

Sygn. akt:

Wniosek świadka o zwrot kosztów stawiennictwa w sądzie

PESEL:

Numer NIP:

Nazwisko wnioskodawcy:

Imię wnioskodawcy:

Data urodzenia:

Dane dot. zamieszkania:

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Ulica:

Nr domu: Nr lokalu:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Poczta:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Nazwa Urzędu Skarbowego
(adres):

W związku ze stawieniem się w Sądzie na rozprawie w dniu w charakterze **świadka** wnoszę o zwrot kosztów podróży w kwocie złotych. Do Sądu przyjechałem/am* transportem publicznym / samochodem* z

(adres wraz z kodem pocztowym)

Cena biletu PKP / PKS / MPK* w obie strony wynosi złotych.

Liczba kilometrów w obie strony* Pojemność silnika i marka samochodu

Godzina rozpoczęcia podróży, przewidywana godzina zakończenia podróży

*niepotrzebne skreślić

