

Numer Identyfikacji Podatkowej Podatnika [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				Data wpływu:	
<b>WNIOSEK O ZWROT OPŁATY SKARBOWEJ</b>					
<b>MIEJSCE SKŁADANIA WNIOSKU</b>					
Nazwa i siedziba organu podatkowego do którego adresowany jest wniosek <b>WÓJT GMINY OLEŚNICA , 56-400 OLEŚNICA UL.11 LISTOPADA 24</b>					
<b>DANE SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK</b>					
* -dotyczy składającego wniosek nie będącego osobą fizyczną ** -dotyczy składającego wniosek będącego osobą fizyczną					
Rodzaj składającego wniosek (zaznaczyć właściwy kwadrat)					
<input type="checkbox"/> 1. osoba fizyczna <input type="checkbox"/> 2. osoba prawna <input type="checkbox"/> 3. jednostka org. Nie mająca osobowości prawnej					
Nazwa pełna* / Nazwisko, pierwsze imię**					
Nazwa skrócona* / imię ojca**					
Identyfikator REGON* / Numer PESEL **					
<b>ADRES SIEDZIBY* / ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA**</b>					
Kraj		Województwo		Powiat	
Gmina		Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		kod pocztowy		Poczta	

**Na podstawie art.9 ust.1 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej (Dz. U. Nr 225, poz. 1635) wnoszę o zwrot opłaty skarbowej uiszczonej od : (właściwie zaznaczyć)**

[ ] dokonania czynności urzędowej – której nie dokonano ;  
[ ] wydania zaświadczenia lub zezwolenia (pozwolenia, koncesji) – którego nie wydano.

**Zwrot opłaty skarbowej proszę o :**

[ ] przekazanie na wskazany rachunek bankowy jeżeli wnioskodawca zobowiązany jest do posiadania rachunku bankowego lub wnosi o taki zwrot

Nr rachunku .....

[ ] wypłacenie w gotówce

## UZASADNIENIE – dodatkowe informacje

### OŚWIADCZENIE I PODPIS SKŁADAJĄCEGO/OSOBY REPREZENTUJĄCEJ SKŁADAJĄCEGO\*

(\* niepotrzebne skreślić)

Niniejszym oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych zeznań, przewidziana w art.233 k.k., zgodnie z którym za złożenie fałszywych zeznań grozi kara pozbawienia wolności do lat 3.

Imię	Nazwisko
Data wypełnienia wniosku ( dd-mm-rrrr)	Podpis (pieczętka) składającego / osoby reprezentującej (niepotrzebne skreślić)

### INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH

Lista załączonych dokumentów (dokumenty potwierdzające słuszność żądania )

Lp.	Nazwa załączonego dokumentu	Liczba stron

### ADNOTACJE ORGANU

Uwagi organu

Identyfikator przyjmując formularz

Podpis przyjmującego formularz