

Sygn.akt

**OŚWIADCZENIE DLA ŚWIADKA
wnioskującego o zwrot utraconego zarobku**

Nazwisko..... Imię.....

Imię ojca Imię matki.....

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

Nr PESEL Nr dowodu osobistego

NIP Nazwisko panieńskie

Miejsce zamieszkania.....ulica.....nr.....

/dokładny adres/ kod pocztowy gmina.....

powiat..... województwo.....

Nr konta osobistego

Dokładny adres właściwego Urzędu Skarbowego

.....

....., dnia.....

podpis