

Gdańsk, dnia

.....
Nazwisko i imię właściciela pojazdu

.....
Adres zamieszkania

.....
Seria i numer dowodu osobistego

**URZĄD MIEJSKI
STAROSTWO POWIATOWE
Referat Rejestracji Pojazdów**

Proszę o wydanie wtórnika nalepki kontrolnej samochodu marki.....

Nr rejestracyjny..... która została zagubiona, skradziona,
zniszczona w następujących okolicznościach.....

Oświadczam, że zostałam (-em)
Poinformowana (-ny) o przetwarzaniu
moich danych osobowych przez
Urząd Miejski w Gdańsku

.....
Czytelny podpis odbierającego dokument