

.....
(imię i nazwisko lub nazwa właściciela pojazdu)

Ostróda dn.
(data)

.....

.....
(adres właściciela/właścicieli)

STAROSTA OSTRÓDZKI

.....
(nr PESEL lub REGON*)

14-100 Ostróda, ul. Jana III Sobieskiego 5

Proszę o **zwrot dowodu** rejestracyjnego na pojazd marki
numer rejestracyjny zatrzymanego w dniu
przez

.....
(podpis właściciela/li pojazdu)