



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY | APPLICATION FORM

Numer identyfikacyjny
Klienta / Client ID

Numer zestawu Kont Rozliczeniowych
/ Billing Account Set Number

Numer Konta Rozliczeniowego /
Billing Account Number

Numer rejestracyjny pojazdu /
License plate number

Typ Zgłoszenia | Type of request

- Zwrot środków z Konta Rozliczeniowego / Refund of remaining
Billing Account
- Zwrot zabezpieczenia pieniężnego w całości/w części / Refund
of full cash deposit/partial cash deposit
- Reklamacja do noty nr / Debit note number
- Inne / Other

Szczegółowy opis zgłoszenia | Detailed description of request

Załączniki /
Attachments:


Dane kontaktowe Klienta niezarejestrowanego w e-TOLL | Contact Details

Imię i nazwisko / Name and surname:			
Adres / Address:			
Telefon / Telephone:		e-mail:	

Wymagane dane dla przelewów krajowych | Bank Details

Numer rachunku / Account no:	
Właściciel rachunku / Account owner:	

Wymagane dane dla przelewów zagranicznych | Details for foreign transfers

Właściciel rachunku / Account owner:	
Adres właściciela rachunku / Address of the account owner:	
IBAN:	
SWIFT:	

Zgodnie z § 9. ust. 2 Rozporządzenia Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 8 czerwca 2021 r. w sprawie opłat elektronicznych pobieranych w Systemie Poboru Opłaty Elektronicznej KAS oraz przekazywania kar pieniężnych, jeżeli nie ma możliwości dokonania zwrotu w sposób, o którym mowa w ust. 1, zwrot jest dokonywany na wskazany przez korzystającego z dróg publicznych rachunek bankowy albo rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej. / Pursuant to § 9 section 2 of the Regulation of the Minister of Finance, Funds Regional Policy of June 8, 2021 regarding electronic tolls collected in the KAS Electronic Toll Collection System and the transfer of financial penalties, if there is no possibility of a refund in the manner referred to in the paragraph. 1, the reimbursement is transferred to the bank account indicated by the user of public roads or to the cooperative savings and credit union.

Imię i nazwisko zgłaszającego / Name and surname of applicant:

Data i podpis zgłaszającego / Date and signature of applicant:

Informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Szef Krajowej Administracji Skarbowej z siedzibą w Warszawie przy ul. Świętokrzyskiej 12. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dotyczącej Państwa danych osobowych znajduje się na stronie www.etoll.gov.pl. / We are informing that the Administrator of your personal data is the Head of the National Revenue Administration, 12 Świętokrzyska Str., 00-916 Warsaw. The full version of the information clause regarding your personal data can be found on www.etoll.gov.pl.

Miejsce, data i podpis pracownika e-TOLL / Place, date and signature of the e-TOLL's employee:

--