



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

☐ Reklamacja do noty nr / Debit note number

☐ Zwrot zabezpieczenia pieniężnego w całości/w części / Refund
of full cash deposit/partial cash deposit

☐ 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 § 12. ust. 1 i ust. 4 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 15 grudnia 2022 r. w sprawie opłat elektronicznych pobieranych w Systemie Poboru Opłaty Elektronicznej KAS oraz przekazywania kar grzywny, zwroty dokonywane są tym samym sposobem płatności, którym dana płatność została wniesiona. Dane do płatności będą wykorzystane przez Szefa KAS w przypadku, gdy zwrot nie może nastąpić tym samym sposobem płatności, którym dana płatność została dokonana. / According to regulations §12 p.1 and p.4 of the Decree of the Minister of Finance dated December 15, 2022 on electronic fees collected in the KAS Electronic Fee Collection System and the transfer of fines, refunds shall proceed by the same method of payment by which it was originally paid. Bank details will be used by the System Operator if the refund may not be the same method of payment by which was originally paid.

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:

--