

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTU BILETU**

WARSZAWA, DN. \_\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO PASAŻERA		
ADRES ZAMIESZKANIA		
TELEFON KONTAKTOWY		
NR RACHUNKU BANKOWEGO		
<b>DATA I GODZINA ZDARZENIA</b>	<b>PRZYCZYNA</b>	<b>NR TABOROWY</b>
NUMER I RODZAJ BILETU		
WARTOŚĆ ROSZCZENIA		

UZASADNIENIEZAŁĄCZNIKI:

1. KSEROKOPIA/ORYGINAŁ BILETU NR \_\_\_\_\_
2. OŚWIADCZENIE KIEROWNIKA POCIĄGU

\_\_\_\_\_  
PODPIS PRACOWNIKA POP\_\_\_\_\_  
PODPIS PASAŻERA I DATA