|  |
| --- |
| Wniosek o wydanie odpisu/kopii dokumentu z akt |

|  |
| --- |
| **POUCZENIE:**   * formularz należy wypełnić wyłącznie w sytuacji osobistego odbioru zamówionego dokumentu, * podpisania wniosku dokonuje się podczas odbioru dokumentu w Biurze Obsługi Interesanta, * w sytuacji złożenia wniosku przez pełnomocnika należy przedłożyć stosowne pełnomocnictwo.   **UWAGA!!!** *W przypadku nieodebrania dokumentu we wskazanym terminie, dokument pozostaje w BOI przez kolejne 4 dni robocze, zaś po upływie tego terminu zostaje zwrócony do Wydziału i przesłany wnioskodawcy za pośrednictwem operatora pocztowego po uprzednim wezwaniu do uzupełnienia braków czyli: podpisania wniosku i dokonania stosownej opłaty.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **OZNACZENIE SĄDU I WYDZIAŁU, DO KTÓREGO SKŁADANY JEST WNIOSEK:** | |
|  | *Sąd Okręgowy w Białymstoku* |
| *Wydział…………………………………………………..* |

|  |  |
| --- | --- |
| SYGNATURA AKT SPRAWY | |
|  | *……………………….* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE WNIOSKODAWCY: | | | | |
|  | *Nazwisko:* | | | |
|  | *Imię pierwsze:* | | *Imię drugie:* | |
|  | *PESEL:* | | **Status w sprawie osoby wnioskującej** *(np: strona, uczestnik, pełnomocnik,…..):* | |
|  | *Adres email do korespondencji z Sądem:* | | | |
|  | *Telefon kontaktowy:* | | | |
| ADRES : | | | | |
|  | *Miejscowość:* | | | |
| *Ulica:* | | | |
| *Numer budynku:* | *Numer lokalu:* | | *Kod pocztowy:* |
| *Poczta:* | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WSKAZANIE DOKUMENTÓW, Z KTÓRYCH MA BYĆ WYDANY ODPIS / KSEROKOPIA: | | | | |
|  | **Lp.** | **Dane identyfikujące dokument** (nazwa, numer, data wydania / sporządzenia, ewentualnie numer karty) | | **Liczba odpisów/**  **kopii** |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| **Czy wnioskodawca jest zwolniony z kosztów sądowych w całości (w postępowaniu procedury cywilnej) wpisać TAK/NIE** | | | | |
|  | | | | |
| PODPIS WNIOSKODAWCY *(składany podczas osobistego odbioru dokumentu):* | | | | |
|  | | | | |
| **MIEJSCE NA ZNAKI OPŁATY SĄDOWEJ:** | | | | |
|  | | | | |
| POTWIERDZENIE ODBIORU: | | | | |
|  | Data  *(dzień / miesiąc / rok)* | | **Podpis wnioskodawcy** | |
|  |  | |  | |