

|                                                         |  |                   |  |           |  |
|---------------------------------------------------------|--|-------------------|--|-----------|--|
| 1. Identyfikator podatkowy (NIP / Pesel)<br><div></div> |  | 2 Numer dokumentu |  | 3. Status |  |
|---------------------------------------------------------|--|-------------------|--|-----------|--|

  
Krajowa Administracja  
Skarbowa

**WNIOSEK  
O PRZEKSIEGOWANIE MYLNE DOKONANEJ WPŁATY**

**A. MIEJSCE SKŁADANIA WNIOSKU**

|                                                                    |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 4. Naczelnik urzędu skarbowego, do którego adresowany jest wniosek |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

**B. DANE WNIOSKODAWCY**  
\* - dotyczy podatnika niebędącego osobą fizyczną      \*\* - dotyczy podatnika będącego osobą fizyczną

**B.1. DANE IDENTYFIKACYJNE**

|                                                              |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 5. Nazwa pełna* / Nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia ** |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

**B.2. ADRES SIEDZIBY\* / ZAMIESZKANIA\*\***

|                 |  |                                 |            |           |                 |               |
|-----------------|--|---------------------------------|------------|-----------|-----------------|---------------|
| 6. Kraj         |  | 7. Województwo                  |            | 8. Powiat |                 |               |
| 9. Gmina        |  | 10. Ulica                       |            |           | 11. Nr domu     | 12. Nr lokalu |
| 13. Miejscowość |  | 14. Kod pocztowy<br><div></div> | 15. Poczta |           | 16. Nr telefonu |               |

**C. WNIOSEK I OŚWIADCZENIA**

|                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 17. Treść<br><br><b>Mylną wpłatę</b> z dnia ..... w wysokości .....<br><br>dokonaną na rachunek bankowy nr .....<br><br><b>proszę o prześięgowanie</b><br><br>na rachunek bankowy nr .....<br><br>z tytułu .....<br><br>(podatek/okres) |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

**E. PODPIS WNIOSKODAWCY / OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ**

|                                     |  |                                                   |  |  |  |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|--|--|
| 19. Imię                            |  | 20. Nazwisko                                      |  |  |  |
| 21. Data wypełnienia<br><div></div> |  | 22. Podpis podatnika lub osoby go reprezentującej |  |  |  |