

..... dnia .....

.....  
.....  
.....  
.....

(dane wnioskodawcy, nr tel.)

**Powiatowy Zarząd Dróg  
ul. Mickiewicza 9  
83 – 200 Starogard Gd.  
tel. 058 / 562 – 34 - 61**

## W N I O S E K

O wypłatę odszkodowania za uszkodzenie pojazdu marki .....

o nr rejestracyjnym ..... wskutek .....

Do zdarzenia doszło w ciągu drogi powiatowej nr ..... na odcinku/w miejscowości .....

Przedmiotowa szkoda miała miejsce w dniu ..... o godz. ....

Z poważaniem,

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych dostępna jest pod adresem: <http://www.pzdstg.pl/> oraz w siedzibie Powiatowego Zarządu Dróg w Starogardzie Gdańskim, ul. Mickiewicza 9, 83-200 Starogard Gdański.

### Załączniki:

1. Wypełniony druk – zgłoszenie szkody z polisy OC/AC (w pojeździe)
2. Oświadczenie woli o przetwarzaniu danych osobowych
3. Zdjęcia uszkodzeń oraz miejsca, w którym doszło do szkody
4. Kserokopia dowodu rejestracyjnego
5. Kserokopia prawa jazdy
6. Notatka urzędowa z policji
7. ....
8. ....