Żary, dnia …………………………

**Wnioskodawca :**

…………………………………..…………………………………

……………………………………………………………………..

(Imię, nazwisko adres, PESEL, nr telefonu)

 **Sąd Rejonowy w Żarach**

 **Wydział ………………….**

 **Punkt Obsługi Interesanta z Czytelnią**

 **ul. Spokojna 20**

 **68-200 Żary**

**Uzgodniono termin czytania akt**

**na dzień** ....................................

*(wypełnia pracownik POI)*

**W n i o s e k**

**o udostępnienie akt do wglądu**

Proszę o udostępnienie do wglądu akt sprawy sygn. …………………………………………………..

*(należy wskazać sygnaturę akt)*

………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać strony postępowania)*

**Uzasadnienie**

(nie dotyczy stron, zainteresowanych i ich przedstawicieli)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………

*(czytelny podpis)*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................*

***(adnotacja o wyrażeniu/ nie wyrażeniu zgody)***

 ………………………………

*(czytelny podpis)*