

**WYPEŁNIA ORGAN**

Data wpływu wniosku:

**ON.7133.....2023****Wniosek o wydanie karty parkingowej dla placówki****WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

1. Nazwa organu – Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nowej Soli

**DANE PLACÓWKI ZAJMUJĄCEJ SIĘ OPIEKĄ, REHABILITACJĄ LUB EDUKACJĄ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH MAJĄCYCH ZNACZNIE OGRANICZONE MOŻLIWOŚCI SAMODZIELNEGO PORUSZANIA SIĘ**

24. Nazwa

25. Numer KRS

26. Numer REGON

27. Numer rejestracyjny pojazdu placówki

28. Marka i model pojazdu placówki

**ADRES SIEDZIBY**

29. Miejscowość

30. Kod pocztowy

31. Poczta

32. Ulica

33. Nr domu/Nr lokalu

**DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK**

34. Imię

35. Nazwisko

36. Numer PESEL<sup>1</sup>**ADRES DO KORESPONDENCJI**

37. Miejscowość

38. Kod pocztowy

39. Poczta

40. Ulica

41. Nr domu/Nr lokalu

**DOKUMENT DOŁĄCZONY DO WNIOSKU**42. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej<sup>2</sup>**OŚWIADCZENIA**

43. Oświadczam, że:

1) posiadam upoważnienie do reprezentowania placówki uprawnionej do uzyskania karty parkingowej

2) placówka prowadzi działalność w zakresie opieki, rehabilitacji lub edukacji osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się i jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej

3) dane podane we wniosku są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym

44.

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej  
reprezentowania placówki)

do

## ODBIÓR KARTY

### Potwierdzenie odbioru karty parkingowej

45. Kartę parkingową numer: .....	/0403	otrzymałem/otrzymałam
46. Oświadczam, że:	47.	
posiadam upoważnienie do reprezentowania placówki uprawnionej do uzyskania karty parkingowej	.....  (data i podpis wnioskodawcy albo osoby upoważnionej do reprezentowania placówki)	

<sup>1</sup> W przypadku nieposiadania numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

<sup>2</sup> Termin wprowadzenia opłaty ewidencyjnej określi komunikat ministra właściwego ds. informatyzacji.

Opłatę w wysokości **21 zł** za wydanie karty parkingowej należy przelać na nr konta Powiatu Nowosolskiego: **45 1600 1462 1743 4451 7000 0004**  
W tytule przelewu prosimy wpisać nazwę instytucji, dla której wydawana jest karta parkingowa.

### KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Administratorem Danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu wypełniania obowiązków prawnych ciążących na administratorze.

Pozostałe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych i praw osób, których dane dotyczą dostępne są w Klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych zamieszczonej na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Powiatu Nowosolskiego pod adresem: <https://bip.powiat-nowosolski.pl/procedury/12/wydzial/4/>