Samodzielny Referat Strefy Płatnego Parkowania

Proszę wypełnić pola poniżej /drukowanymi literami/,

Złożyć w SPP lub odesłać pocztą na adres ul. Białostocka 3 81-310 Gdynia *spp@zdiz.gdynia.pl*

Imię : Nazwisko:

Adres: ulica, nr domu, klatka, nr mieszkania

Kod pocztowy - Miasto

Kontakt e-mail: (wyrażam zgodę na otrzymanie odpowiedzi drogą e-mail)

Kontaktowy nr telefonu:

Numer rejestracyjny pojazdu:

Nr zawiadomienia

Wypełnić w przypadku awarii parkomatu:

Numer parkomatu:

Godz. parkowania:

Opłata za parkowanie

Liczba wezwań

WNIOSEK

Niniejszym proszę o

UZASADNIENIE

……

……

……

……..……

……

……..……

……...……

……

……

……..

……..

……

……

……..

……..

Potwierdzam odbiór pokwitowania przyjęcia wniosku oraz zapoznałem/am się z treścią pouczenia.
Potwierdzam, że zostałem poinformowany o ewentualnych nieopłaconych postojach dotyczących ww. nr rej.

(Proszę kontynuować na odwrocie w razie potrzeby)

……

Data i podpis

Samodzielny Referat Strefy Płatnego Parkowania

Proszę wypełnić pola poniżej /drukowanymi literami/,

Złożyć w SPP lub odesłać pocztą na adres ul. Białostocka 3 81-310 Gdynia *spp@zdiz.gdynia.pl*

Imię : Nazwisko:

Adres: ulica, nr domu, klatka, nr mieszkania

Kod pocztowy - Miasto

Kontakt e-mail: (wyrażam zgodę na otrzymanie odpowiedzi drogą e-mail)

Kontaktowy nr telefonu:

Numer rejestracyjny pojazdu:

Nr zawiadomienia

Wypełnić w przypadku awarii parkomatu:

Numer parkomatu:

Godz. parkowania:

Opłata za parkowanie

Liczba wezwań

WNIOSEK

Niniejszym proszę o

UZASADNIENIE

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Potwierdzam odbiór pokwitowania przyjęcia wniosku oraz zapoznałem/am się z treścią pouczenia.

Potwierdzam, że zostałem poinformowany o ewentualnych nieopłaconych postojach dotyczących ww. nr rej.

(Proszę kontynuować na odwrocie w razie potrzeby)

……

Data i podpis