

.....
Imię, nazwisko i nr telefonu.....
Miejscowość i data.....
Nazwa komórki organizacyjnej IMW.....
nr rej. pojazdu

**WNIOSEK O ZGODĘ NA KORZYSTANIE Z PARKINGU
INSTYTUTU MEDYCyny WSI IM. WITOLDA CHODŹKI
NA ZASADACH ABONAMENTU**

Dyrektor

Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na korzystanie z parkingu Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w oparciu o opłatę abonamentową w wariantach: rocznym / półrocznym / kwartalnym*.

Oświadczam jednocześnie, że na dzień składania wniosku:

- ☐ nie posiadam karty abonamentowej i proszę o jej wydanie za odpłatnością, zgodną z Załącznikiem nr 1 do Regulaminu Parkingu Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki
- ☐ posiadam kartę parkingową zgodną z systemem parkingowym Instytutu

oraz

Proszę wybrać jedno z poniższych:	Data i podpis pracownika Działu Kadr i Plac / osoby merytorycznie odpowiedzialnej za współpracę
☐ Jestem pracownikiem Instytutu i opłatę za parking: ☐ Proszę potrącić z mojego wynagrodzenia ☐ Dokonam wpłaty w automacie parkingowym ☐ Dokonam przelewem	
☐ Wykonuję czynności na rzecz Instytutu w ramach umowy zlecenia lub innych umów cywilnoprawnych o podobnym charakterze ☐ Dokonam wpłaty w automacie parkingowym ☐ Dokonam przelewem ☐ Proszę o wystawienie faktury VAT	
☐ Jestem najemcą/ pracownikiem najemcy pomieszczeń w budynkach Instytutu ☐ Dokonam wpłaty w automacie parkingowym ☐ Dokonam przelewem ☐ Proszę o wystawienie faktury VAT	
☐ Żadne z powyższych ☐ Dokonam wpłaty w automacie parkingowym ☐ Dokonam przelewem ☐ Proszę o wystawienie faktury VAT	

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....
Podpis.....
Podpis Dyrektora Instytutu

Nr konta bankowego IMW 66 1240 54 97 1111 0010 3988 6955