

Załącznik nr 2  
do Regulaminu Parkingu  
na terenie Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o.  
w Kartuzach

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(PESEL\* / NIP\*)

.....  
(stanowisko)

.....  
(komórka organizacyjna)

.....  
(numer telefonu komórkowego)

Zarząd PCZ sp. z o.o.  
w Kartuzach

WNIOSEK O WYDANIE  
ABONAMENTOWEJ KARTY PARKINGOWEJ (AKP)

Wnioskuje o wydanie Abonamentowej Karty Parkingowej od dnia .....  
na samochód osobowy\* / samochód dostawczy\* / motocykl\*.

Potwierdzam, że znam REGULAMIN PARKINGU na terenie Powiatowego Centrum Zdrowia  
sp. z o.o. w Kartuzach i zobowiązuję się go przestrzegać.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie przez Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.  
w Kartuzach z mojego wynagrodzenia z umowy o pracę\* / umowy cywilnoprawnej\*,  
co miesiąc\* / co kwartał\* począwszy od opłaty za miesiąc .....202.... roku,  
należności za abonament parkingowy w wysokości określonej w Cenniku Parkingu,  
w terminach zgodnych z Regulaminem Parkingu.

.....  
data i podpis

\*niepotrzebne skreślić