

Radom, dn. .... 2024 roku

**Zarząd  
Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.  
ul. Juliana Aleksandrowicza 5  
26-617 Radom**

**Zgłoszenie  
dotyczące wynajmu miejsca parkingowego**

**Dane wnioskodawcy:**

Imię .....

Nazwisko .....

Tel. ....

e-mail .....

Nazwa komórki organizacyjnej Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o., w której zatrudniony jest Wnioskodawca:

.....

**Oświadczam, że jestem:**

- \* Wnioskodawcą, który pozostaje w stosunku pracy ze Szpitalem;
- \* Wnioskodawcą, który zawarł ze Szpitalem umowę o stałe świadczenie usług lub umowę o stałej współpracy;
- \* Wnioskodawcą, który uzyskał pozytywną decyzję Zarządu Szpitala o możliwości ubiegania się o miejsce parkingowe.

W związku z informacją o możliwości najmu miejsca parkingowego dla pracowników Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o., usytuowanego na parkingu zlokalizowanym na poziomie -1 nowego budynku Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, zgłaszam chęć wynajęcia ww. miejsca parkingowego.

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam\* kartę parkingowa dla osób niepełnosprawnych, którą zobowiązuję się na żądanie Szpitala okazać, a kopię przedłożyć jako dowód uprawniający mnie do korzystania z miejsca parkingowego przeznaczonego dla osób niepełnosprawnych.

**Dane pojazdu:**

Marka i model: .....

Nr rejestracyjny: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z treścią klauzuli informacyjnej RODO dołączonej do informacji dotyczącej możliwości najmu miejsca parkingowego dla pracowników Szpitala.

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* Właściwie zaznaczyć