Gorzów Wlkp., dn. .....

.....
(Imię, nazwisko)

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

.....
(telefon)

Nr PESEL

URZĄDU MIASTA GORZOWA WLKP.
Wydział Komunikacji
66-400 Gorzów Wlkp.
ul. Przemysłowa 53

WNIOSEK

o wydanie imiennych uprawnień diagnosty

Proszę o wydanie imiennego uprawnienia diagnosty w zakresie

badań okresowych *) - ☐

badań dodatkowych :

a – ☐ d – ☐

b – ☐ e – ☐

c – ☐ f – ☐

(przekreślić odpowiednie kwadraty przypisane poszczególnym wnioskowanym uprawnieniom)

Załączniki do wniosku:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....

.....
(podpis wnioskodawcy)

*) niepotrzebne skreślić

WKM IV-94-01