číslo průkazu …….

**Žádost o zavedení služby TAXI SENIOR Vendryně**

**ŽADATEL**

JMÉNO: ……………………………………………………………….

PŘÍJMENÍ: …………………………………………………………….

TITUL: …………………………………………………………………

DATUM NAROZENÍ: …………………………………………………

VĚK: ……………………………………………………………………

ČÍSLO OBČANSKÉHO PRŮKAZU: …………………………………

TELEFON/MOBIL: ……………………………………………………

**TRVALÉ BYDLIŠTĚ**

SPLNĚNO

ANO / NE

OBEC: ………………………………………………………..

PSČ: …………………………………………………………..

PRŮKAZ ZTP, ZTP/P + PLATNOST …………………………………………………

SLUŽBY TAXI SENIOR VENDRYNĚ BUDOU VYUŽÍVÁNY ZEJMÉNA Z DŮVODŮ: ………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

SENIOR TAXI BUDE VYUŽÍVÁNO PŘEDEVŠÍM K DOPRAVĚ (zde můžete zaškrtnout více možností:

* vlaková nádraží
* pošta Vendryně
* lékárna Vendryně
* zdravotní středisko ve Vendryni
* DPS Vendryně
* Magistrát města Třince
* OÚ Vendryně
* nemocnice Třinec Sosna/Podlesí
* zdravotnická zařízení v okolí (obvodní lékaři, specialisté)

Žadatel bere na vědomí, že výše uvedené údaje budou zpracovány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu vyřizování žádosti o zavedení služby TAXI SENIOR VENDRYNĚ až do doby archivace a skartace.

|  |
| --- |
| **PŘEVZETÍ PRŮKAZU** |

Potvrzuji osobní převzetí průkazu TAXI SENIOR VENDRYNĚ pod evidenčním číslem ……

Prohlašuji, že převzatý průkaz budu používat výhradně pro vlastní osobní přepravu. V opačném případě se vystavuji riziku odebrání průkazu a zákazu využívání služby TAXI SENIOR.

Ve Vendryni ………………….

……………………………………………..

podpis žadatele

…………………………………………..

razítko a podpis pracovníka OÚ Vendryně