**Žádost o zavedení služby TAXI SENIOR Vendryně**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Žadatel** | ……………………………………………………………………………………………………………  *Jméno, příjmení, titul č. OP: tel. č.* | | |
| **Trvale bytem** | ………………………………………………………………………..................  *Obec,PSČ* | | Splněno  Ano Ne |
| **Datum narození** |  | *Věk:* | Splněno  Ano Ne |
| **č. průkazu ZTP, ZTP/P** |  | **Platnost průkazu ZTP, ZTP/P** |  |

|  |
| --- |
| Služby TAXI SENIOR Vendryně budu využívat zejména z důvodu: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Ze svého trvalého bydliště se potřebuji nejčastěji dopravit:  
*(můžete zaškrtnout i více možností)*

* Pošta Vendryně
* Lékárna Vendryně
* Zdrav.středisko Vendryně, Bystřice, Třinec
* Vlaková nádraží Vendryně, Třinec
* DPS Vendryně
* MěÚ Třinec, OÚ Vendryně
* Nemocnice Třinec Sosna, Podlesí
* Zdravotnická zaříz. v Třinci (obv.lékaři, specialisté)

Jinde:

Prohlašuji a svým podpisem stvrzuji, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé a úplné.

Ve Vendryni dne . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .   
 *Podpis žadatele*