

WZÓR

..... Stargard, dnia.....
Imię i Nazwisko
.....
Adres miejsca zamieszkania
.....
Adres miejsca zamieszkania c.d.
.....
Data urodzenia
.....
Seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

PREZYDENT MIASTA STARGARD
URZĄD MIEJSKI W STARGARDZIE
UL. H. S. CZARNIECKIEGO 17
73 - 110 STARGARD

WNIOSEK O PRYZNANIE STARGARDZKIEJ KARTY SENIORA /
WYDANIE DUPLIKATU STARGARDZKIEJ KARTY SENIORA*

*Niepotrzebne skreślić

DANE WNIOSKODAWCY ZAWARTE NA KARCIE

Imię
Nazwisko
PESEL

ADRES DO KORESPONDENCJI (WYPEŁNIĆ JEŻELI ADRES DO KORESPONDENCJI
JEST INNY NIŻ MIEJSCE ZAMIESZKANIA)

Ulica
Numer domu Numer lokalu
Kod pocztowy-..... Miejscowość

DANE KONTAKTOWE

Numer telefonu
Adres poczty elektronicznej

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Ukończyłem/am 60 rok życia;
2. Mieszkam na terenie miasta Stargard pod wskazanym we wniosku adresem;
3. Zawarte we wniosku dane są prawdziwe. W przypadku ich zmian zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Urzędu Miejskiego w Stargardzie;
4. Zostałem/am poinformowany/a, że Karta ma charakter osobisty i nie może być używana bądź odstępowana przez użytkownika innym nieupoważnionym osobom pod rygorem cofnięcia przyznania uprawnień.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją Programu Stargardzka Karta Seniora, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz.922).

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór Karty o numerze

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy