**ŽÁDOST O VYDÁNÍ OZNAČENÍ VOZIDLA**

* Poskytovatele domácí zdravotní péče O 5b
* Praktického lékaře ve službě O 5a
* Poskytovatele terénních sociálních služeb O 5c

**Žadatel – fyzická osoba:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno, příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Místo trvalého bydliště |  |
| Kontakt – telefon, email |  |

**Žadatel – právnická osoba**

|  |  |
| --- | --- |
| Název právnické osoby |  |
| Sídlo |  |
| IČO |  |
| Kontakt – telefon, email |  |

Prohlášení žadatele:

Souhlasím v souladu s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, se zpracováním osobních údajů pro účely vyřízení žádosti.

Datum: Podpis žadatele: