**ANTRAG AUF ERHALT EINER DAUERPARKKARTE FÜR:**

**ARZT / MEDIZINISCHER HILFSBERUF / SOZIALDIENST**

***Ich Unterzeichnete(r),***

***wohnhaft***

***FIRMENNAME und ADRESSE:***

beantrage hiermit folgende **Dauerparkkarte(n)** für:

* ***ARZT*** *(Allgemeinmedizin):*
* ***Medizinischer Hilfsberuf:***  *(Angabe des Berufs)*
* ***Sozialdienst:***  *(Angabe des Dienstes)*

***..…. Monatsparkkarte(n)*** *für den/die Monat(e): (20 €/Monat)*

***..…. Jahresparkkarte(n)*** *von (Monat) bis (Monat): (200 €/Jahr)*

Ich beantrage diese Dauerparkkarte(n) für das/die Fahrzeug(e) mit folgendem/n Kennzeichen

(maximal 2 Kennzeichen):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kennzeichen** | **Fahrzeughalter** | **Firmen- oder Leasingfahrzeug** |
|  |  | *Ja / Nein \** |
|  |  | *Ja / Nein \** |

\* Unzutreffendes bitte streichen

**Ich bestätige, Kenntnis davon zu haben, dass die Parkkarte(n) nur in der Ausübung des Berufes genutzt werden darf und dass diese gut sichtbar hinter der Windschutzscheibe anzubringen ist. Ich erkläre auf Ehre und Gewissen die Richtigkeit der oben angegebenen Auskünfte.**

*Eupen, den ………………………………… (Unterschrift):*

**Der Stadtverwaltung vorbehalten: Für den Finanzdienst:**

*Antrag angenommen am : ………………………………………… (Unterschrift)*

*Die Stadt Eupen ist verantwortlicher Verarbeiter Ihrer Daten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (EU) Nr. 2016/679 vom 27. April 2016. Sie verwendet diese Daten nur für den angegebenen Zweck und die angegebene Dauer. Ihre Persönlichkeitsrechte erfahren daher eine besondere Beachtung. Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten unter* *datenschutz@eupen.be**.*