

Zarząd Infrastruktury Komunalnej i Transportu

Biuro Strefy Płatnego Parkowania

ul. Kalwaryjska 35, 30 – 504 Kraków

Kraków, dnia .....

Zwrot abonamentu

Dane osobowe:

Imię i nazwisko:

.....

Adres: .....

Nr abonamentu.....

Rodzaj abonamentu.....

Nr rej. pojazdu.....

Przyczyna zwrotu:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

Podpis