

.....
(miejscowość, data)

Zarząd Dróg Powiatowych
ul. Bydgoska 13/15
73 - 110 Stargard
tel.: 91 577 5219

WNIOSEK

o wydanie zezwolenia kategorii II na przejazd pojazdu nienormatywnego na okres 12 miesięcy

Wnioskodawca: _____
(imię i nazwisko / nazwa)

Adres: _____

Nr tel.: _____, nr faksu _____

NIP**¹⁾ _____, REGON**¹⁾ _____

PESEL**¹⁾ _____

Wnoszę o wydanie zezwolenia na przejazd w terminie:

od _____ **do** _____

po drogach publicznych, z wyjątkiem dróg ekspresowych i autostrad, pojazdu nienormatywnego^{*)}: pojazdu wolnobieżnego, ciągnika rolniczego albo zespołu pojazdów składającego się z pojazdu wolnobieżnego lub ciągnika rolniczego i przyczepy specjalnej, którego:

- 1) długość, wysokość oraz rzeczywista masa całkowita nie są większe od dopuszczalnych;
- 2) naciski osi nie są większe od dopuszczalnych przewidzianych dla danej drogi;
- 3) szerokość nie przekracza 3,5 m,

Informacje o pojeździe	Pojazd wolnobieżny ^{*)}	Ciągnik rolniczy ^{*)}	Przyczepa specjalna ^{*)}
Marka i typ			
Numer rejestracyjny ^{*)} Numer nadwozia, podwozia lub ramy ^{*)}			

dla podmiotu: _____
(nazwa)

adres: _____

Dane osoby wyznaczonej przez wnioskodawcę do kontaktu: _____
(imię i nazwisko, tel.)

Załącznik: Dowód wniesienia opłaty za wydanie zezwolenia
Starostwo Powiatowe, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard
51102048670000150200079301

.....
(podpis wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej)

^{*)} Niepotrzebne skreślić.

^{**)} O ile nadano.