***Załącznik Nr 2** do Regulaminu Parkingu Płatnego*
Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

ZWOLNIENIE
Z OPŁATY PARKINGOWEJ

właściwe zaznaczyć:

☐ DOSTAWCA ☐ KURIER ☐ HONOROWY DAWCA KRWI INNY: ……..……

NR REJ. POJAZDU:

W DNIU:

..... / ..... / ..... r.

……..……..

pieczęć i podpis
osoby uprawnionej do wystawienia zwolnienia