WZÓR WNIOSKU

Konin, dn.………………………

………………………….

(imię i nazwisko)

………………………….

(adres zamieszkania)

………………………….

(nr telefonu)

**Zarząd Dróg Powiatowych**

**w Koninie**

**ul. Świętojańska 20 d**

**62- 500 Konin**

 Zawiadamiam, że w dniu ………………. na drodze powiatowej nr ………………. relacji ……………………………….. w miejscowości …………………………. uszkodziłem/am samochód marki ……………………….. o nr rej. ………………………… W wyniku zdarzenia uszkodziłem/am …………………………………………………………………...............................

Przyczyną kolizji było: …………………………………………………………………………………

O wyniku zdarzenia powiadomiłem/am ………………………………………………….…………

W związku z powyższym wnoszę o zwrot kosztów naprawy.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Dróg Powiatowych w Koninie. Dalsze informacje dotyczące ochrony Pani/Pana danych osobowych znajdują się na stronie ZDP pod adresem: http://bip2.wokiss.pl/zdpkonin/rodo-ochrona-danych-osobowych/

………………………………………..

(podpis)