……………………………………… ……………………………..

*Wnioskodawca miejscowość, data*

……………………………………..

……………………………………..

……………………………………..

*(adres, numer telefonu)*

**Powiatowy Zarząd Dróg w Chrzanowie**

**ul. mjr Grzybowskiego 7a, 32 - 500 Chrzanów**

**Tel: 32/623-12-72, fax. 623-46-87, wew. 17**

**e-mail: sekretariat.pzd@powiat-chrzanowski.pl**

**W N I O S E K**

Proszę o wydanie zgody i określenie zasad korzystania z przystanków autobusowych zlokalizowanych przy drogach powiatowych na terenie Powiatu Chrzanowskiego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NUMER DROGI** | **KIERUNEK JAZDY** | **NAZWA PRZYSTANKU WRAZ Z MIEJSCOWOŚCIĄ** | **NUMER PRZYSTANKU** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**W załączeniu :**

1. Schemat połączeń komunikacyjnych z zaznaczoną planowaną linią komunikacyjną
i przystankami komunikacyjnymi zlokalizowanymi przy drogach powiatowych na terenie Powiatu Chrzanowskiego.
2. Rozkłady jazdy planowanych linii komunikacyjnych.

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

podpis wnioskodawcy