

KÉRELEM

Alulírott

..... (név)

..... (szül.hely, idő)

..... (anyja neve)

..... szám alatti lakos kérem

a mozgáskorlátozottságom Fejér Megyei Kormányhivatal Rehabilitációs Szakigazgatási Szervnél (8000 Székesfehérvár, Távírda u. 4.) történő felülvizsgálatát a gépjárműadó mentesség megállapításához.

Sárbogárd, 20.....

.....

aláírás