

.....
(miejsowość, data)

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

WNIOSEK

**o wydanie zezwolenia kategorii III/IV/V/VI^{*)} na przejazd pojazdu nienormatywnego
na okres miesiąca / 6 miesięcy / 12 miesięcy / 24 miesiące^{*)}**

Wnioskodawca: _____
(imię i nazwisko / nazwa)

Adres: _____

Nr tel.: _____, nr faksu _____

NIP^{**)} _____, REGON^{**)} _____

PESEL^{**)} _____

Wnoszę o wydanie zezwolenia na przejazd w terminie:

od _____ **do** _____

po drogach publicznych pojazdu nienormatywnego, którego:

- 1) długość nie przekracza^{*)}:
 - 15 m dla pojedynczego pojazdu,
 - 23 m dla zespołu pojazdu,
 - ~~- 30 m dla zespołu pojazdu o skrętnych osiach;~~
- 2) szerokość nie przekracza
 - 3,2 m;
 - ~~- 3,4 m;~~
 - ~~- 4 m;~~
- 3) wysokość nie przekracza 4,3 m;
- 4) naciski osi nie są większe od dopuszczalnych dla danej drogi^{*)};
- 5) ~~naciski osi nie przekraczają wielkości przewidzianych dla dróg o dopuszczalnym nacisku pojedynczej osi napędowej do 11,5 t^{*)};~~
- 6) rzeczywista masa całkowita nie jest większa od dopuszczalnej^{*)};
- 7) ~~rzeczywista masa całkowita nie przekracza 60 t^{*)},~~

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.