



Önskemål om ändamålsplats

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Taxiplats	<input type="checkbox"/> Besiktningssplats
<input type="checkbox"/> Lastplats	<input type="checkbox"/> Utryckningsfordon
<input type="checkbox"/> Ambulansplats	<input type="checkbox"/> Laddplats
<input type="checkbox"/> Skolskjutsplats	<input type="checkbox"/> Lastplats för sophämtning
<input type="checkbox"/> På- och avstigningsplats	<input type="checkbox"/> Övrigt
<input type="checkbox"/> Parkeringsplats för rörelsehindrad

Tidpunkter

Dag/dagar	Tid
-----------	-----

Sökande

Namn	Personnummer
Bostadsadress	Telefon bostad
Postnummer och ort	Telefon mobil
Parkeringstillstånd nr	Giltighetstid på parkeringstillstånd (månad/år)

Skäl för ansökan

Använder du hjälpmedel till och från fordonet

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, beskriv vilka hjälpmedel som används
--	---

Skicka blanketten till Solna stad, Kontaktcenter, 171 86 Solna

För ytterligare information se www.solna.se/boendeparkering eller kontakta Kontaktcenter 08-746 10 00 eller via www.solna.se/kontakt

Solna stads anteckningar (ifylls av Solna stad)

Område	Ärendenummer KC
Anteckningar	