

**DEMANDE D'OBTENTION D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT PERMANENT
POUR:
MÉDECIN / PROFESSION PARAMÉDICALE / SERVICE SOCIAL**

Je soussigné(e),

habitant

NOM DE L'ENTREPRISE et ADRESSE:

Demande par la présente les **cartes de stationnement permanent** suivantes pour: (Tarifs: dix euros pour une carte hebdomadaire, 30 euros pour une carte mensuelle)

- MÉDECIN** (*médecine générale*):
- Profession paramédicale:** (le métier)

..... **Carte (s) de stationnement hebdomadaire** pour le/les mois

..... **Carte(s) de stationnement mensuelle** pour les mois X à Y:

Je demande cette/ces cartes de stationnement permanent pour le/les véhicule(s) avec les plaques d'immatriculation :
(maximum 2 plaques):

Plaque	Propriétaire de véhicule	Voiture de société ou leasing
		<i>Oui/ Non *</i>
		<i>Oui / Non *</i>

* Biffer mentions inutiles

Je certifie avoir pris connaissance du fait que la ou les cartes de stationnement ne peuvent être utilisées que dans l'exercice de ma profession et qu'elles doivent être apposées de manière visible derrière le pare-brise. Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

La Calamine, le

(Signature):

Réservé à l'administration communale:

Demande acceptée le :

Pour le service des Finances:

(signature)