**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU „TAK”**

*Wniosek wypełnij drukowanymi literami. Pola wyboru zaznaczaj X.*

**Oświadczam, że jestem mieszkańcem Augustowa**

[ ]  TAK *(wymaga wskazania adresu zamieszkania na terenie Gminy Miasta Augustów)*

[ ]  NIE

**TWOJE DANE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię | Nazwisko |
|  |  |
| Data urodzenia | Numer PESEL |
|  |  |
| Adres e-mail | Nr telefonu |
|  |  |

**DANE OSOBY, KTÓREJ MA BYĆ WYDANY DUPLIKAT TAK**

*Wypełnij gdy duplikat ma być wydany innej osobie niż wnioskodawca*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię | Nazwisko |
|  |  |
| Data urodzenia | Numer PESEL |
|  |  |
| Adres e-mail\* | Nr telefonu\* |
|  |  |

[ ]  **Do wniosku załączam dowód uiszczenia opłaty za wydanie duplikatu TAK w kwocie 20 zł.**

**ZGODY I OŚWIADCZENIA**

[ ]  Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

[ ]  Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do przekazania Organizatorowi danych osobowych osób wskazanych we wniosku.

[ ]  Oświadczam, że osoby wskazane we wniosku zostały poinformowane o celu i zakresie przetwarzania ich danych osobowych przez Organizatora w związku ze świadczeniem usługi.

[ ]  Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem Programu TAK oraz akceptuję jego postanowienia.

[ ]  Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Gminy Miasto Augustów drogą elektroniczną, w tym za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, informacji związanych ze zmianami i aktualizacjami w Programie TAK oraz informacji handlowych dotyczących produktów i usług własnych oraz partnerów projektu.

**Podanie danych zawartych we wniosku oraz złożenie powyższych oświadczeń i zgód jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wniosku o wydanie duplikatu Twojej Augustowskiej Karty Mieszkańca oraz do korzystania z uprawnień wynikających z posiadania Twojej Augustowskiej Karty.**

[ ]  **ZAPOZNAŁAM/EM SIĘ I AKCEPTUJĘ POWYŻSZE**

…………………………………… ……………………………………………………………

 (data) (podpis Wnioskodawcy)

**WYPEŁNIA PODMIOT WYDAJĄCY TWOJĄ AUGUSTOWSKĄ KARTĘ**

Data wpływu: …………………………… Numer wniosku: ……………………………

 …..…………………………………………………..

 (data, podpis i pieczęć osoby przyjmującej wniosek)

**Potwierdzam odbiór duplikatu Twojej Augustowskiej Karty w liczbie: …….. sztuk.**

**** Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem Programu TAK oraz akceptuję jego postanowienia.

 ……………………………………………………..

 (data i podpis osoby odbierającej)