

## Empfänger

An die Stadtgemeinde Schwechat  
Parkraumbewirtschaftung  
Rathausplatz 9  
2320 Schwechat

**SCHWECHAT**

Alle Felder sind Pflichtfelder

# ANTRAG für eine Parkkarte

GZ - SMD

## Antragssteller:in

Vorname:	Familienname:
Anschrift:	Geburtsdatum:
E-Mail:	Amtliches Kennzeichen Bsp.: BL-123 AB
Telefonnummer:	

Ich beantrage eine Pauschalierung der Parkabgabe für die Grüne Zone gemäß § 8 Abs. 8) der Verordnung des Gemeinderates zur Parkraumbewirtschaftung in Schwechat

für ein Jahr, ab \_\_\_\_\_

Die pauschalierte Abgabe beträgt € 60,00 – bitte überweisen Sie diesen Betrag an die  
Stadtgemeinde Schwechat  
IBAN: AT94 5300 0065 5500 6339  
BIC: HYPNATWW

**Verwendungszweck:** oben angegebenes Kennzeichen

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich soziale oder medizinische Dienste in Schwechat für einen gemeinnützigen Verein oder eine nicht auf Gewinn gerichtete Einrichtung verrichte und hierzu das o.a. Fahrzeug erforderlich ist. Außerdem nehme ich zur Kenntnis, dass ich mit einer Parkkarte keinen Anspruch auf einen freien Stellplatz habe. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. **Die Bearbeitungszeit dieses Ansuchens beläuft sich bei korrekter Zahlung und Vorhandensein aller erforderlichen Unterlagen auf voraussichtlich rund 2 Wochen.**

Schwechat, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller:in

### Datenschutzrechtliche Information:

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung des Anliegens. Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Das amtliche Autokennzeichen, inklusive Gültigkeitsdauer und Geltungsbereich, wird an die Überwachungsorgane der Firma G4S (<https://www.g4s.com/de-at>) weitergeleitet.

Detaillierte Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter [www.schwechat.gv.at/Services/Datenschutz](http://www.schwechat.gv.at/Services/Datenschutz).

Von der Organisation auszufüllen

Name und Adresse des gemeinnützigen Vereins bzw. der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_ dauerhaft soziale oder medizinische Dienste in Schwechat verrichtet.

Schwechat, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Vereinsobmann/frau oder  
Einrichtungsleiter:in