**Parkplatzbewilligungsantrag**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Personal-Nr. |
| Name / Vorname |  | |
| Strasse / Nr. |  | |
| PLZ / Wohnort |  | |
| Tel. Nr. Privat |  | |
| Mail-Adresse Privat |  | |
| Funktion |  | |
| Fachbereich |  | |
| Anstellung am Kinderspital seit |  | |
| Beschäftigungsgrad in % |  | |
| Autokennzeichen |  | |

**Antrag**

Ich habe vom Parkplatzreglement Stiftung Ostschweizer Kinderspital (Juli 2021 / Version 01) Kenntnis genommen und stelle den Antrag für eine Parkbewilli­gung.

Bei einer Nachfrage, die das Angebot übersteigt, wird eine Warteliste geführt. Die Zuteilung der Parkplätze erfolgt gemäss Warteliste, welche nach Eingangsdatum des Antrages sortiert geführt wird.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Parkbewilligung keinen Anspruch auf ein garantiertes oder   
reservier­tes Parkfeld ergibt.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Jahresgebühr in 12 Teilen, resp. die Monatsgebühr (bei befri­steter Bewilligung) von meinem Monatsgehalt abgezogen wird.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum |  | Unterschrift |  |

Bitten senden Sie diesen Antrag an:

Ostschweizer Kinderspital

Assistentin Technik

Claudiusstrasse 6

9006 St. Gallen

Oder per E-Mail an:

[info.adm-technik@kispisg.ch](mailto:info.adm-technik@kispisg.ch)