_____
(регистрационный номер)

_____
(дата регистрации)

_____
(код субъекта в базе СКАТ-ДИР)

В Управление государственного автодорожного надзора по_____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу подтвердить оснащение транспортного средства аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS (абонентским телематическим терминалом).

Сведения о владельце транспортного средства

Наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя	
ИНН / ОГРН	
Адрес (юридический (места регистрации – для предпринимателя), фактический), индекс	
Телефон (с указанием кода города)	
Адрес электронной почты (E-mail)	

Сведения о транспортном средстве

Государственный регистрационный знак	
Идентификационный номер (VIN)	
Марка, модель,	
Категория транспортного средства по классификации КВТ ЕЭК ООН (не нужное зачеркнуть)	*M1 M2 M3 N1 N2 N3*
Год изготовления	
Серия, номер, дата выдачи свидетельства о регистрации	
Серия, номер, дата выдачи паспорта ТС	
Собственник (наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)	
Основания владения, срок действия документа, подтверждающего право владения ТС на законных основаниях, если оно не является собственностью перевозчика	

Характеристики ТС по видам перевозок (не нужное зачеркнуть)	*Пассажирские*			*Перевозки ОГ*	
	Регулярные	*Заказные*	*Школьные*	*Международные*	*Внутрироссийские*

Сведения об Операторе навигационно-информационной системы

Полное наименование	
Сокращенное наименование	
ИНН/КПП	
Адрес	
Телефон	
E-mail	

Сведения об абонентском телематическом терминале

Наименование обслуживающего Оператора	
Марка, модель	
Фирма-изготовитель (Наименование)	
Версия программного обеспечения (Наименование)	
Рабочие частоты радиостанции GSM	
Наименование модуля (не нужное зачеркнуть)	ГЛОНАСС ГЛОНАСС/GPS
Серийный номер (при наличии)	
Универсальный идентификационный номер (UIN) или (IMEI)	
IP-адрес в системе диспетчерского управления и мониторинга обслуживающего Оператора	
Доменное имя сервера Оператора в сети Internet	
Порт доступа в системе диспетчерского управления и мониторинга обслуживающего Оператора	
Наименование GSM – оператора	

Согласованное дата и время тестирования: «____» _____ 201__г. _____ час. _____ мин.

От заявителя:

_____/_____/_

Должность **Ф.И.О.** **Подпись**

Должностное лицо Управления :

_____/_____/_

Должность **Ф.И.О.** **Подпись**

_____

(руководитель (предприниматель), Ф.И.О, подпись)

« » _____ 201__ г. М.П.