MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA:

ZAWIADOMIENIE
O ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI AGENCJI ZATRUDNIENIA

Wniosek składa się do marszałka województwa właściwego ze względu na siedzibę podmiotu. W przypadku przedsiębiorcy zagranicznego – wniosek składa się do marszałka województwa, który dokonał wpisu podmiotu do rejestru i wydał obowiązujący certyfikat.

Wnoszę o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej przez podmiot wpisany do rejestru podmiotów prowadzących agencje zatrudnienia, zgodnie z informacjami zamieszczonymi we wniosku:

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących agencje zatrudnienia podmiotu:

lub

Numer identyfikacji podatkowej - NIP-podmiotu:

1. OZNACZENIE PODMIOTU ZAWIESZAJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ

Nazwa podmiotu:

2. ADRES SIEDZIBY PODMIOTU

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ adres krajowy ☐ adres zagraniczny

Nazwa Państwa (*):

Województwo (**) / Region (*):

Powiat (**):

Gmina (**):

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Ulica:

Nr domu: / Nr lokalu:

Telefon:

Adres e-mail (***):

WWW (***):

(*) Dotyczy adresu zagranicznego.
(**) Dotyczy adresu krajowego.
(***) Wypełnienie pola nie jest obowiązkowe.

3. OKRES ZAWIESZENIA DZIAŁALNOŚCI

Od: Data od (dd. mm. rrrr) do: Data do (dd. mm. rrrr)

4. IMIĘ I NAZWISKO, PEŁNIONA FUNKCJA, PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU, MIEJSCOWOŚĆ I DATA WYPEŁNIENIA ZAWIADOMIENIA

Imię i nazwisko:

Pełniona funkcja:

Miejscowość | Data złożenia (dd. mm. rrrr) | . . . . . Podpis (*)

(*) W przypadku wniosku przekazanego w postaci papierowej należy podpisać czytelnie.