

Miejscowość:
Data utworzenia (dd / mm / rrrr):

Nazwa urzędu:

ZAWIADOMIENIE O ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI AGENCJI ZATRUDNIENIA

Wnoszę o wznowienie wykonywania działalności gospodarczej, zgodnie z informacjami zamieszczonymi we wniosku:

NIP:

KRAZ (Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących agencje zatrudnienia):

1. PODMIOT WZNAWIAJĄCY DZIAŁALNOŚĆ

Nazwa:

2. ADRES SIEDZIBY / STAŁE MIEJSCE WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI

Kraj: **POLSKA**

Kod pocztowy: , Miejscowość: , Nr budynku:

3. DANE KONTAKTOWE

Nr telefonu:

e-mail:

WWW:

e-Doręczenia (ADE):

4. OKRES ZAWIESZENIA DZIAŁALNOŚCI

od dnia (dd / mm / rrrr): r. — do dnia (dd / mm / rrrr): r.

ZAŁĄCZNIKI (wpisać załączniki dołączone do wniosku)

- 1.....
- 2.....
- 3.....

OSOBA PODPISUJĄCA WNIOSEK I REPREZENTANT

1. Wniosek składa osoba uprawniona do składania oświadczeń woli w imieniu Przedsiębiorcy lub osoby uprawnionej.

Dla osoby składającej wniosek wymagane jest pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający uprawnienie do roszczenia.

imię: , nazwisko:

(data złożenia - dd / mm / rrrr)

Obowiązującym dokumentem jest wersja cyfrowa w Systemie. Dokument z Systemu można pobrać na cyfrowe nośniki danych lub zapisać w komputerze. Wydruk dokumentu elektronicznego nie ma mocy prawnej, jest tylko wizualizacją.