

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

Data od (dd. mm. rrrr)

Data do (dd. mm. rrrr)

Od:

do:

### 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.