

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

(oznaczenie przedsiębiorcy)

(adres i siedziba albo adres zamieszkania)

(Nr NIP)

(Nr telefonu)

Wójt Gminy Goczałkowice-Zdrój
ul. Szkolna 13
43-230 Goczałkowice-Zdrój

ZAWIADOMIENIE

o zawieszeniu wykonywania krajowego transportu drogowego w zakresie przewozu osób taksówką na terenie Gminy Goczałkowice-Zdrój

Nr licencji _____ udzielonej na lat _____

Zawieszenie działalności w całości ☐ w części ☐

Data zawieszenia działalności _____

Data wznowienia działalności _____ (nie później niż 36 miesięcy
w okresach każdych następujących po sobie 10 lat)

Zwracam wypisy z licencji w liczbie _____ o numerach _____

W związku z powyższym proszę o zwrot części opłaty na rachunek bankowy*:

Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuje się do osobistego odebrania w Referacie Organizacyjnym i Spraw Obywatelskich Urzędu Gminy Goczałkowice-Zdrój złożonych wypisów z licencji na wykonywanie krajowego transportu drogowego w zakresie przewozu osób, w terminie siedmiu dni poprzedzających deklarowany wyżej termin wznowienia działalności gospodarczej. (W przypadku nieodebrania wypisów z licencji we wskazanym powyżej terminie zostaną one przesłane na adres przedsiębiorcy drogą pocztową).

(Miejscowość, data)

(Podpis przedsiębiorcy/ppełnomocnika)

* zwrotu części opłaty wniesionej za wydanie licencji i wypisów z licencji dokonuje się w przypadku, gdy wykonywanie transportu drogowego zostało zawieszone na okres przekraczający 3 miesiące.