

Police,

Nazwa przedsiębiorcy:

.....
.....

Siedziba przedsiębiorcy:

.....
.....

NIP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefon:

Starosta Policki
ul. Tanowska 8
72-010 Police

W N I O S E K

o wykreślenie diagnosty z rejestru działalności regulowanej SKP

W związku z rozwiązaniem w dniu umowy
(podać rodzaj umowy)

z diagnostą o nr uprawnień
(imię, nazwisko)

zwracam się z prośbą o jego wykreślenie z rejestru działalności regulowanej Stacji Kontroli Pojazdów

o wyróżniku W załączeniu przekazuję*:

- ☐ zabezpieczoną pieczętkę identyfikacyjną i imienną ww. diagnosty,
- ☐ protokół zniszczenia pieczętek.

.....
(podpis przedsiębiorcy)

* zaznaczyć właściwe