|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data <rrrr-mm-dd>, <miejscowość>  **WNIOSEK O ODŁACZENIE OD  PLATFORMY LOKALIZACYJNO INFORMACYJNEJ Z CENTRALNĄ BAZĄ DANYCH PLI CBD** | | | | |
| Typ wniosku | Odłączenie od PLI CBD | | | |
| Nazwa wnioskodawcy |  | | | |
| NIP/REGON wnioskodawcy | | NIP: | | Regon: |
|  | | KRS: | | |
| Siedziba/adres wnioskodawcy | Kod pocztowy: | | | |
| Miejscowość: | | | |
| Ulica: | | | |
| Nr domu: | | | |
| Nr mieszkania: | | | |
| Kod powiatu wg TERYT: | | | |
|  | | | | |
| Adres korespondencyjny wnioskodawcy | Kod pocztowy: | | | |
| Miejscowość: | | | |
| Ulica: | | | |
| Nr domu: | | | |
| Nr mieszkania; | | | |
|  | | | | |
| Numer w rejestrze przedsiębiorców albo ewidencji działalności gospodarczej lub innym właściwym rejestrze | | |  | |
| Dane osoby reprezentującej Wnioskodawcę | | Imię i nazwisko: | | |
| Adres email: | | |
| Nr telefonu: | | |
| Pieczęć i podpis:  ……………………………………….  Wymagany podpis wraz z pieczęcią imienną osoby (osób)  upoważnionej (-ych) do występowania w imieniu Wnioskodawcy, zgodnie ze sposobem reprezentacji określonym w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego lub wpisie do ewidencji działalności gospodarczej | | |
| Powód odłączenia od PLI CBD | |  | | |
| Osoba zatwierdzająca Wniosek  (Zatwierdza UKE) | | ZATWIERDZAM  ………………………….  Podpis pieczęć imienna | | |