

Gryfice, dnia.....

.....  
(Imię i nazwisko/Nazwa przedsiębiorcy)

.....  
.....  
.....  
(siedziba i adres)

Nr w rejestrze przedsiębiorców:.....  
NIP: \_ \_ - \_ - - - \_ - - - \_ - -  
Telefon:.....

**Starostwo Powiatowe w Gryficach**  
**ul. Piłsudskiego 18**  
**72-300 Gryfice**  
**Wydział Komunikacji, Transportu i Dróg Powiatowych**

**ZAWIADOMIENIE**  
**o zawieszeniu wykonywania transportu**

Dotyczy licencji nr.....  
 na wykonywanie krajowego transportu drogowego osób  
 na wykonywanie krajowego transportu drogowego rzeczy  
 na wykonywanie transportu drogowego taksówką

Zawieszenie działalności:  
\*od dnia ..... na okres ..... miesięcy (max. do 12 miesięcy)

W załączeniu:  
wypisy z licencji o numerach  
.....  
.....  
w liczbie ..... szt. odpowiadającej ilości pojazdów, którymi zaprzestano  
wykonywania przewozów

licencja na transport drogowy taksówką  
Nr.....

Wskazanie sposobu zwrotu części opłaty wniesionej za wydanie licencji lub wypisów z  
licencji (w przypadku zawieszenia na okres przekraczający 3 miesiące):

odbiór osobisty w siedzibie organu licencyjnego  
 przelew na konto bankowe Nr  
.....  
.....

przesłanie na adres (zamieszkania lub siedziby przedsiębiorcy):  
.....  
.....

UWAGA: W przypadku, gdy koszt przekazu pocztowego przewyższa przysługującą kwotę zwrotu, odbiór  
należności następuje w Kasie Urzędu.

.....  
(podpis wnioskodawcy)