

Sławno,

INFORMACJA
*o zaprzestaniu wykonywania działalności gospodarczej
na skutek zgonu przedsiębiorcy*

Wójt Gminy Sławno

.....
imię i nazwisko osoby zgłaszającej informację

.....

.....

adres zamieszkania

.....

nr telefonu (nieobowiązkowo)

Informuję o zgonie przedsiębiorcy Pana/Pani
PESEL, NIP..... w dniu

.....

/podpis/

* w załączeniu akt zgonu