

INFORMACJA
o sposobie i terminie zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej

Ja niżej podpisany/podpisana

Cezary KOSTRZEWA

.....
(imię i nazwisko)

p.o. dyrektora

**Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki
Zdrowotnej w Warszawie ul. Nowowiejska 27 00-665 Warszawa**

.....
(stanowisko lub funkcja, komórka organizacyjna)

Urodzony/urodzona

23.08.1969

Radom

.....W.....

Zamieszkały/zamieszkała w

.....
na podstawie art. 27c ust. 5 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa
(Dz. U. z 2019 r. poz. 512, z późn. zm.) informuję, że z dniem **10.07.2010 roku**
przestałem (przestałam) prowadzić działalność gospodarczą

podstawa: *zawiadomienie o zaprzestaniu wykonywania działalności gospodarczej* **Decyzja
Nr 643/11 Burmistrza Miasta Nowy Dwór Mazowiecki z dnia 15.09.2011 roku dotycząca
wykreślenia z ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Burmistrza
Miasta Nowego Dworu Mazowieckiego wpis dokonany w dniu 30.01.2009 pod nr
ewidencyjnym 8718 dotyczący działalności „Doradztwo Prawno-Finansowe „LEX-
PERFECT”**

.....
(podać sposób zaprzestania prowadzenia działalności)

wykonywaną na własny rachunek/wspólnie z innymi osobami¹

.....
(podpis)

Nowy Dwór Mazowiecki 20.09.2021r.

.....
(miejscowość, data)

¹ niewłaściwe skreślić