

WNIOSEK O DEZAKTYWACJĘ DANYCH PODMIOTU W SISC

| A. MIEJSCE ZŁOŻENIA WNIOSKU | |
|---|-----------|
| 1. Organ, do którego składany jest wniosek | |
| Kod placówki _____ | |
| B. DANE PODSTAWOWE PODMIOTU | |
| 2. Numer NIP lub numer EORI lub numer ID SISC | |
| Numer NIP _____ | |
| Numer EORI _____ | |
| Numer ID SISC _____ | |
| 3. Nazwa skrócona | |
| C. OŚWIADCZENIA I PODPIS WNIOSKODAWCY | |
| Zostałem/-am poinformowany/-a, że w dniu dezaktywacji danych Podmiotu w SISC, stracą skuteczność wszystkie zarejestrowane w SISC pełnomocnictwa / reprezentacje związane z Podmiotem oraz że dezaktywacji ulegnie numer EORI, jeżeli został nadany temu Podmiotowi. | |
| 4. Data wypełnienia wniosku (dzień - miesiąc - rok) | 5. Podpis |
| _____ | |