

IG

Dane wnioskodawcy:

Szczecin, dnia __ - __ - ____

Nazwisko (nazwa firmy).....
Imiona.....
PESEL / NIP
Adres (siedziba firmy) ¹⁾
Telefone-mail@.....
Adres dla korespondencji

ZARZĄD DRÓG I TRANSPORTU MIEJSKIEGO W SZCZECINIE
ul. Klonowica 5 71-241 Szczecin
tel. 091-48-00-444, fax. 091- 439-30-03
email: zditm@zditm.szczecin.pl

ZGODA NA PRZENIESIENIE DECYZJI

Wyrażam zgodę na przeniesienie decyzji nr..... z dnia.....

dotyczącej

.....

.....

.....

na rzecz

.....

(dane podmiotu, na który ma być przeniesiona decyzja)

.....

(podpis)