**ZAWIADOMIENIE**

**o zawieszeniu wykonywania krajowego transportu drogowego w zakresie przewozu osób taksówką (udzielonej od dnia 1 stycznia 2020 r.):**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |

 Nr licencji udzielonej na lat

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   | -  |   |   | -  |   |   |   |   |

 Data zawieszenia działalności

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   | -  |   |   | -  |   |   |   |   |

Data wznowienia działalności (nie później niż 12 miesięcy od daty zawieszenia)

**Zwracam wypisy z licencji w liczbie** o numerach:…..………………………………………………………..

Informuję, że z pojazdu(ów), którym(i) zaprzestano wykonywania przewozów drogowych usunięte zostało

oznakowanie TAXI.

Telefon kontaktowy (dane obowiązkowe)- ………………………….……………………………………………..

Adres e-mail (dane nieobowiązkowe)\*\* - …………….………………………………………………………………….

Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuje się do osobistego odebrania z Wydziału Działalności Gospodarczej Urzędu Miasta Żyrardowa złożonych wypisów z licencji na wykonywanie krajowego transportu drogowego w zakresie przewozu osób, w terminie siedmiu dni poprzedzających deklarowany wyżej termin wznowienia działalności gospodarczej.

*(W przypadku nieodebrania wypisów z licencji we wskazanym powyżej terminie zostaną one przesłane na adres przedsiębiorcy drogą pocztową).*

Żyrardów, dnia ...................................... …………….................................................

 (czytelny podpis przedsiębiorcy/pełnomocnika)

*\*\* Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Prezydenta Miasta Żyrardowa w zakresie telefonu kontaktowego w celuprzekazania informacji o przebiegu postępowania wynikającego z realizacji niniejszego zawiadomienia*

Żyrardów, dnia ...................................... …………….................................................

 (czytelny podpis przedsiębiorcy/pełnomocnika)