

.....  
(imię i nazwisko)

Ostroróg, dnia ..... r.

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
PESEL:.....

NIP: .....

.....  
(telefon kontaktowy)

**Urząd Miasta i Gminy  
ul. Wroniecka 14  
64-560 Ostroróg**

Proszę o wydanie duplikatu decyzji o wykreśleniu z ewidencji działalności gospodarczej ..... wpisanego pod nr .....  
(imię i nazwisko przedsiębiorcy)

.....  
(podpis)