

1. Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) wnioskodawcy

6.16.10.01.947

2. Numer dokumentu

3. Status

NIP-5

URZĄD SKARBOWY
W LUBANIE (10)Wpł.
dnia 08-08-2007**WNIOSEK O POTWIERDZENIE NADANIA
NUMERU IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ**

Zgodnie z art.13 ust.3 ustawy z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz.U. z 2004 r. Nr 269, poz.2681, z późn. zm.), naczelnik urzędu skarbowego - na wniosek zainteresowanego - obowiązany jest do potwierdzenia nadania Numeru Identyfikacji Podatkowej podmiotowi, który nim się posługuje. Zainteresowanym może być podatnik lub płatnik, którego potwierdzenie dotyczy lub osoba trzecia mająca interes prawny w złożeniu wniosku.

Uwaga: wniosek składa się w dwóch identycznych egzemplarzach; jeden egzemplarz zostanie zwrócony wnioskodawcy.

Na formularzu należy podać wszystkie nazwy w pełnym brzmieniu (bez stosowania własnych skrótów). Szczególnie należy zwrócić uwagę na poprawny zapis nazw ulic.

A. MIEJSCE ZŁOŻENIA WNIOSKU

4. Naczelnik urzędu skarbowego, do którego adresowany jest wniosek

LUBANIE ul. STARA 1

B. DANE WNIOSKODAWCY

* - dotyczy podmiotu niebędącego osobą fizyczną

** - dotyczy podmiotu będącego osobą fizyczną

B.1. DANE IDENTYFIKACYJNE

5. Rodzaj podmiotu (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☒ 1. podmiot niebędący osobą fizyczną☐ 2. osoba fizyczna

6. Nazwa pełna * / Nazwisko, pierwsze imię, drugie imię **

GMINA MIEJSKA ŚWIERADÓW-ZDRÓJ

7. Nazwa skrócona * / Imię ojca, imię matki **

8. Identyfikator REGON * / Numer ewidencyjny PESEL **

230821394

9. Data rozpoczęcia działalności * / Data urodzenia ** (dzień - miesiąc - rok)

B.2. ADRES SIEDZIBY* / ADRES ZAMIESZKANIA**10. Kraj
POLSKA11. Województwo
DOLNOŚLĄSKIE12. Powiat
LUBAŃSKI13. Gmina
ŚWIERADÓW-ZDRÓJ14. Ulica
PIŁSUDSKIEGO15. Nr domu
15

16. Nr lokalu

17. Miejscowość
ŚWIERADÓW-ZDRÓJ18. Kod pocztowy
59-89019. Poczta
ŚWIERADÓW-ZDRÓJ20. Telefon
(045) 78-16-48921. Faks
(045) 78-16-585**C. DANE PODMIOTU, KTOREGO DOTYCZY WNIOSEK**

* - dotyczy podmiotu niebędącego osobą fizyczną

** - dotyczy podmiotu będącego osobą fizyczną

C.1. DANE IDENTYFIKACYJNE

22. Rodzaj podmiotu (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☒ 1. podmiot niebędący osobą fizyczną☐ 2. osoba fizyczna

23. NIP

6.16.10.01.947

24. Nazwa pełna * / Nazwisko, pierwsze imię, drugie imię **

GMINA MIEJSKA ŚWIERADÓW-ZDRÓJ

25. Nazwa skrócona * / Imię ojca, imię matki **

26. Identyfikator REGON * / Numer ewidencyjny PESEL **

230821394

27. Data rozpoczęcia działalności * / Data urodzenia ** (dzień - miesiąc - rok)

C.2. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR LUB EWIDENCJĘ28. Nazwa organu
PODMIOT DZIAŁAJĄCY NA MOCY USTAWY O SAMOZARZĄDZIE GMINNYM
z DN. 08 MARCA 1990 R. / BEZ ORGANU REJESTROWANEGO

29. Nazwa rejestru

30. Data rejestracji (dzień - miesiąc - rok)

31. Numer w rejestrze