

Toruń dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
(adres zamieszkania)

Urząd Miasta Torunia
Wydział Ewidencji i Rejestracji
ul. Wały Gen.Sikorskiego 25
87-100 TORUŃ

Proszę o wydanie wtórnika decyzji likwidacyjnej dot. prowadzonej
przeze mnie działalności gospodarczej zarejestrowanej pod nr

.....
podpis wnioskodawcy

.....
podpis przyjmującego