

\_\_\_\_\_  
nazwa przedsiębiorstwa/ imię i nazwisko

Kłobuck, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
adres siedziby/zamieszkania

\_\_\_\_\_  
NIP/PESEL

**STAROSTA KŁOBUCKI**  
**Rynek im. Jana Pawła II 13**  
**42-100 Kłobuck**

Proszę o wygaszenie zezwolenia na wykonywanie zawodu przewoźnika drogowego / licencji na wykonywanie krajowego transportu drogowego\*. Zrzekam się z uprawnień wynikających z w/w uprawnienia.

W załączeniu:

- opłata skarbową w wysokości 10 zł,
- zezwolenie/licencja nr .....
- wypis/y nr .....

\_\_\_\_\_  
/data i czytelny podpis osoby składającej wniosek/

\* niepotrzebne skreślić