

Wypełnia organ:

LO10

BTM-WU.5530.....201.....

Teczka podstawowa

Data wpływu:

Numer wniosku/ów

Wypełnia przedsiębiorca:

WNIOSEK

o zmianę osoby zarządzającej transportem

Formularz należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami

I. DANE PRZEDSIĘBIORCY (zgodne z podstawą prawną - CEIDG lub KRS)

Oznaczenie przedsiębiorcy-nazwa:

Siedziba i adres przedsiębiorcy:

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Ulica

Adres siedziby, w której prowadzona jest główna działalność, w szczególności dokumenty księgowe, akta dotyczące pracowników, dokumenty zawierające dane na temat czasu prowadzenia pojazdu i odpoczynku oraz wszelkie inne dokumenty (wpisać jeżeli inny niż wskazany powyżej):

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Ulica

Charakter prawny: (np. osoba fizyczna, spółka cywilna, sp. z o.o., spółka jawna, spółka akcyjna, spółka komandytowa, inny - wpisać właściwy)

Numer NIP

Telefon

Numer KRS

Fax

Wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji drogą elektroniczną na niżej wskazany adres e-mail:

II. ZARZĄDZAJĄCY TRANSPORTEM

Imię

Nazwisko

Adres zamieszkania:

Miejscowość

Kod pocztowy Poczta

Ulica /

Numer Certyfikatu Kompetencji Zawodowych

III. ZAŁĄCZNIKI

- Oświadczenie osoby zarządzającej transportem (druk OC – oświadczenie-zarządzający) - **oryginał**
- Certyfikat kompetencji zawodowych - **kserokopia**
- Oświadczenie o niekaralności (druk ON - oświadczenie - niekaralność) osoby zarządzającej transportem - **oryginał**
- Informacja z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności za przestępstwa w dziedzinach określonych w art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia (WE) 1071/2009 osoby zarządzającej transportem - **oryginał**

**Dokumenty należy przesłać na adres:
GITD - Biuro do spraw Transportu Międzynarodowego
Al. Jerozolimskie 94, 00-807 Warszawa**

.....
Data

.....
Czytelny podpis przedsiębiorcy*

** Osoby będące członkami organu zarządzającego osoby prawnej, osoby zarządzające spółką jawna lub komandytową (zgodnie z zasadą reprezentacji określonej w KRS) lub osoby prowadzące działalność gospodarczą*

Wypełnia organ:

.....
Data i podpis pracownika rozpatrującego wniosek

.....
Data i podpis pracownika rozpatrującego wniosek

KONSEKWENCJE BŁĘDNEGO WYPEŁNIENIA FORMULARZA PONOSI PRZEDSIĘBIORCA