

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|---------------------------|--------------------|
| 1. Numer Identyfikacji Podatkowej wnioskodawcy 526-00-29-196 | | 2. Numer dokumentu 45/2005 | | 3. Status | |
| NIP-5 | | | | | |
| WNIOSEK O POTWIERDZENIE NADANIA NUMERU IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ | | | | | |
| <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> WPLYNEŁO 2005-07-25 STARSZY INSPEKTOR Sprawdzono pod względem formalnym podpis </div> | | | | | |
| Zgodnie z art.13 ust.3 ustawy z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz.U. Nr 142, poz. 102 z późn. zm.), urząd skarbowy - na wniosek zainteresowanego - obowiązany jest do potwierdzenia nadania Numeru Identyfikacji Podatkowej podmiotowi, który nim się posługuje. 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. Urząd skarbowy, do którego adresowany jest wniosek US Legionowo | | | | | |
| B. DANE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK | | | | | |
| * - dotyczy podmiotu nie będącego osobą fizyczną | | | ** - dotyczy podmiotu będącego osobą fizyczną | | |
| B.1. DANE IDENTYFIKACYJNE * / DANE PERSONALNE ** | | | | | |
| 5. Rodzaj podmiotu (zaznaczyć właściwy kwadrat): <input checked="" type="checkbox"/> 1. podmiot nie będący osobą fizyczną <input type="checkbox"/> 2. osoba fizyczna | | | | | |
| 6. Nazwa pełna * / Nazwisko, pierwsze imię, drugie imię ** BIURO WYDRÓŻY "ACTIVE TRAVEL" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | |
| 7. Nazwa skrócona * / Imię ojca, imię matki ** BT "ACTIVE TRAVEL" Sp. z o.o. | | | | | |
| 8. Identyfikator REGON * / Numer ewidencyjny PESEL ** 010262301 | | | 9. Data rozpoczęcia działalności * / Data urodzenia ** (dzień - miesiąc - rok) 2005 01 05 1994 | | |
| B.2. ADRES SIEDZIBY* / ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | |
| 10. Kraj POLSKA | | 11. Województwo Mazowieckie | | 12. Powiat Legionowski | |
| 13. Gmina Nieporęt | | 14. Ulica Limby | | 15. Nr domu 5 | 16. Nr lokalu - |
| 17. Miejscowość Michałów Grabina | | 18. Kod pocztowy 05-126 | 19. Poczta Nieporęt | | |
| 20. Telefon (22) 622 61 13 0508 245 818 | | | 21. Faks (22) 622 57 33 | | |
| C. DANE PODMIOTU, KTOREGO DOTYCZY WNIOSEK | | | | | |
| * - dotyczy podmiotu nie będącego osobą fizyczną | | | ** - dotyczy podmiotu będącego osobą fizyczną | | |
| C.1. DANE IDENTYFIKACYJNE * / DANE PERSONALNE ** | | | | | |
| 22. Rodzaj podmiotu (zaznaczyć właściwy kwadrat): <input checked="" type="checkbox"/> 1. podmiot nie będący osobą fizyczną <input type="checkbox"/> 2. osoba fizyczna | | | | | |
| 23. Numer Identyfikacji Podatkowej 526-00-29-196 | | | | | |
| 24. Nazwa pełna * / Nazwisko, pierwsze imię, drugie imię ** BIURO WYDRÓŻY "ACTIVE TRAVEL" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | |
| 25. Nazwa skrócona * / Imię ojca, imię matki ** BT "ACTIVE TRAVEL" Sp. z o.o. | | | | | |
| 26. Identyfikator REGON * / Numer ewidencyjny PESEL ** 010262301 | | | 27. Data rozpoczęcia działalności * / Data urodzenia ** (dzień - miesiąc - rok) 2005 01 05 1994 | | |
| C.2. ORGAN REJESTROWY (dotyczy także organów ewidencyjnych, wydających koncesje; zezwolenia, pozwolenia) | | | | | |
| 28. Nazwa organu rejestrowego Sąd Rej. dla m. st. Warszawy XXI Wydz. Gospod. KRS | | | | | |
| 29. Nazwa rejestru Rejestr przedsiębiorców | | | | | |
| 30. Data rejestracji (dzień - miesiąc - rok) 04 04 2003 | | | 31. Numer w rejestrze 0000157637 | | |

C.3. ADRES SIEDZIBY* / ADRES ZAMIESZKANIA**

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| 32. Kraj POLSKA | 33. Województwo MIAKOWIECKIE | 34. Powiat LEGIONOWSKI |
| 35. Gmina NIEPOLEĆ | 36. Ulica LIMBY | 37. Nr domu 5 |
| 39. Miejscowość MICHAŁÓW GRABINA | 40. Kod pocztowy 05-126 | 41. Poczta NIEPOLEĆ |
| 42. Telefon (22) 622 61 13 0508245 818 | 43. Faks (22) 622 57 33 | |

C.4. INFORMACJE DODATKOWE O PODMIOCIE, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

| |
|--------------------------|
| 44. Informacje dodatkowe |
|--------------------------|

D. PODPIS WNIOSKODAWCY / OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ (niepotrzebne skreślić)

| | |
|---|---|
| 45. Imię Stanisław | 46. Nazwisko Radek |
| 47. Data wypełnienia wniosku (dzień - miesiąc - rok) 25.07.2005 | 48. Podpis (i pieczęć) wnioskodawcy / osoby reprezentującej wnioskodawcę (niepotrzebne skreślić) BIURO PODRÓŻY ACTIVE TRAVEL Sp. z o.o. ul. Limby 5, 05-126 Michałów Grabina NIP: 526-00-29-196, Regon: 010262301 |

E. DANE PRZYJMĄCEGO FORMULARZ

| | |
|---|---|
| 49. Identyfikator przyjmującego formularz | 50. Podpis przyjmującego formularz STARZY INSPEKTOR |
|---|---|

F. ODPOWIEŹ URZĘDU SKARBOWEGO

Wypełnia urząd skarbowy.

| |
|--|
| 51. Informacja o zgłoszonym Numerze Identyfikacji Podatkowej (zaznaczyć właściwy kwadrat): |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Urząd Skarbowy potwierdza nadanie podanego w poz.23 Numeru Identyfikacji Podatkowej podmiotowi opisanemu w części C. |
| <input type="checkbox"/> 2. Urząd Skarbowy nie potwierdza nadania podanego w poz.23 Numeru Identyfikacji Podatkowej podmiotowi opisanemu w części C. |
| <input type="checkbox"/> 3. Urząd Skarbowy nie może potwierdzić podanego w poz.23 Numeru Identyfikacji Podatkowej, ze względu na podanie niewystarczającej ilości danych o podmiocie, którego dotyczy wniosek. |

| | |
|--|---|
| 52. Informacje uzupełniające | |
| Oplatę skarbową w wys. 16 zł pobrano i skasowano. | |
| NACZELNIK URZĘDU SKARBOWEGO w Legionowie 05-120 Legionowo, ul. Marsz. Piłsudskiego 43c tel. 774 20 47 do 49 | |
| 53. Data (dzień - miesiąc - rok) 26.07.2005 | 54. Podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego mgr Elżbieta Duszczyk Zastępca Naczelnika |