

**CEIDG-1 WNIOSEK O WPIS DO CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI  
O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Wniosek ten stanowi jednocześnie zgłoszenie do ZUS/KRUS, GUS oraz naczelnika urzędu skarbowego.

Wniosek ten dotyczy osoby fizycznej podlegającej wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).

Wniosek dotyczy również aktualizacji danych nieobjętych wpisem do CEIDG.

Przed wypełnieniem należy zapoznać się z instrukcją. Pola wymagane we wniosku o nowy wpis oznaczono na formularzu znakiem (\*). Rejestracja w CEIDG jest wolna od opłat, a rejestr prowadzony jest przez Ministra Rozwoju. Dniem złożenia wniosku jest dzień, w którym wnioskodawca wniosek podpisał.

Miejsce na kod paskowy

**01. Rodzaj wniosku:**

- 1 – wniosek o wpis do CEIDG przedsiębiorcy.  
 2 – wniosek o zmianę wpisu w CEIDG oraz innych danych.  
 Data powstania zmiany (RRRR-MM-DD): \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 3 – wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej.  
 4 – wniosek o wznowienie wykonywania działalności gospodarczej.  
 5 – wniosek o wykreślenie przedsiębiorcy z CEIDG.

**02. Miejsce i data złożenia wniosku: (wypełnia urząd)**

**02.1.** Nazwa urzędu, w którym składany jest wniosek:

**02.2.** Data złożenia wniosku:

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
(RRRR-MM-DD)

**02.3.** Wniosek złożony przez: Przedsiębiorcę  Osobę uprawnioną

**03. Dane wnioskodawcy:**

|   |   |  |
|---|---|--|
| 1. Płeć*:<br>Kobieta <input type="checkbox"/><br>Mężczyzna <input type="checkbox"/>   | 2a. Rodzaj dokumentu tożsamości*:<br>Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny <input type="checkbox"/> , podać jaki:..... |  |
|   | 2b. Seria i numer dowodu tożsamości*:.....  |  |
| 3. PESEL*: _____<br>Nie posiadam numeru PESEL <input type="checkbox"/>  | 4. NIP*: _____<br>Nie posiadam numeru NIP <input type="checkbox"/>  | 5. REGON*: _____<br>Nie posiadam numeru REGON <input type="checkbox"/> |
| 6. Nazwisko*:   | 7. Imię pierwsze*:  |  |
| 8. Nazwisko rodowe:   | 9. Imię drugie:<br>(o ile posiada)  |  |
| 10. Imię ojca*:   | 11. Imię matki*:  |  |
| 12. Miejsce urodzenia*:   | 13. Data urodzenia*:<br>____-____-____<br>(RRRR-MM-DD)  |  |
| 14. Posiadane obywatelstwa*: <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> nie posiadam żadnego obywatelstwa<br>Inne:.....  |   |  |
| 15. Zgodnie z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, osoba, która składa fałszywe oświadczenie i została uprzedzona o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, oświadczam, iż wobec osoby, której dotyczy niniejszy wniosek, nie orzeczono prawomocnie zakazów, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 16-18 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej w zakresie działalności gospodarczej objętej wpisem w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*.<br><input type="checkbox"/> - tak, składam oświadczenie |   |  |

**03.1.** Jestem cudzoziemcem, o którym mowa w art. 13 ust. 2 , ust. 2a , ust. 4 , ust. 5  ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

**03.2. Dane dokumentu potwierdzającego status cudzoziemca:**

|  |                         |                             |
|--|-------------------------|-----------------------------|
| 1. Data wydania dokumentu:<br>____-____-____<br>(RRRR-MM-DD) | 2. Sygnatura dokumentu: | 3. Organ wydający dokument: |
|--|-------------------------|-----------------------------|

**04. Adres zamieszkania wnioskodawcy:**

|                               |                 |                           |                  |
|-------------------------------|-----------------|---------------------------|------------------|
| 1. Kraj*:                     | 2. Województwo: | 3. Powiat:                | 4. Gmina:        |
| 5. Miejscowość:               | 6. Ulica:       | 7. Nr nieruchomości/domu: | 8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy:              | 10. Poczta:     |                           |                  |
| 11. Opis nietypowego miejsca: |                 |                           |                  |

**05. Adres miejsca zameldowania wnioskodawcy (jeśli inny niż w rubryce 04):** brak miejsca zameldowania

|                  |            |                           |                  |
|------------------|------------|---------------------------|------------------|
| 1. Województwo:  | 2. Powiat: | 3. Gmina:                 |                  |
| 4. Miejscowość:  | 5. Ulica:  | 6. Nr nieruchomości/domu: | 7. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy: | 9. Poczta: |                           |                  |

**06. Firma przedsiębiorcy, którego wniosek dotyczy\*** (nazwa firmy musi zawierać Imię i Nazwisko przedsiębiorcy):

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>06.1.</b> Przewidywana liczba pracujących*:..... | <input type="checkbox"/> <b>06.02.</b> Przewidywana liczba zatrudnionych*:..... |
|--|---|

|  |   |  |   |  |                  |
|--|---|--|---|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>06.3. Rodzaje działalności gospodarczej</b> symbol (5-znakowy) wg PKD 2007                                     |   |  | Przeważający*:<br><input type="checkbox"/> 1. _____   |  |                  |
| 2. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 3. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 4. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>              |   |  |                  |
| 5. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 6. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 7. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>              |   |  |                  |
| 8. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 9. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RD <input type="checkbox"/> |   |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>07. Nazwa skrócona*:</b>   |   |  | <input type="checkbox"/> <b>08. Data rozpoczęcia działalności*:</b><br><br>____-____-____<br>(RRRR-MM-DD)                 |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>09. Dane do kontaktu:</b>  |   |  | Sprzeciwiam się udostępnianiu danych kontaktowych z CEIDG <input type="checkbox"/>  |  |                  |
| 1. Numer telefonu:   |   |  | 2. Adres poczty elektronicznej:   |  |                  |
| 3. Numer faksu:  |   |  | 4. Strona WWW:  |  |                  |
| <b>10. Główne miejsce wykonywania działalności gospodarczej:</b>   |   |  |   |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>10.1. Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej</b> (jeżeli inny niż podany w rubryce 04)*: |   |  |   |  |                  |
| 1. Województwo:  |   | 2. Powiat:   |   | 3. Gmina:  |                  |
| 4. Miejscowość:  |   | 5. Ulica:  |   | 6. Nr nieruchomości/domu:  | 7. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy:   |   | 9. Poczta:   |   |  |                  |
| 10. Opis nietypowego miejsca:  |   |  |   |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>10.2. Adres do doręczeń</b> (jeżeli inny niż podany w rubryce 10.1)*:  |   |  |   |  |                  |
| 1. Adresat:  |   |  |   |  |                  |
| 2. Województwo:  |   | 3. Powiat:   |   | 4. Gmina:  |                  |
| 5. Miejscowość:  |   | 6. Ulica:  |   | 7. Nr nieruchomości/domu:  | 8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy:   |   | 10. Poczta:  |   | 11. Skrytka pocztowa:  |                  |
| <b>11. Dodatkowe miejsce wykonywania działalności gospodarczej:</b>  |   |  |   |  |                  |
| 11.1. Numer identyfikacyjny REGON: _____   |   |  |   | Wykreślenie <input type="checkbox"/>   |                  |
| 11.2. Nazwa jednostki lokalnej:  |   |  |   |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>11.3. Adres dodatkowego miejsca wykonywania działalności gospodarczej:</b>                                     |   |  |   |  |                  |
| 1. Kraj:   | 2. Województwo:                               |  | 3. Powiat:  | 4. Gmina:  |                  |
| 5. Miejscowość:  |   | 6. Ulica:  |   | 7. Nr nieruchomości/domu:  | 8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy:   |   | 10. Poczta:  |   |  |                  |
| 11. Opis nietypowego miejsca:  |   |  |   |  |                  |
| 12. Wskazany adres dotyczy miejsca wykonywania działalności przez:   |   |  |   | <input type="checkbox"/> przedsiębiorcę                                      |                  |
|  |   |  |   | <input type="checkbox"/> spółkę cywilną, w której przedsiębiorca uczestniczy |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>11.4. Przewidywana liczba pracujących:</b> .....   |   |  | <input type="checkbox"/> <b>11.5. Przewidywana liczba zatrudnionych:</b> .....  |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>11.6. Data rozpoczęcia działalności jednostki:</b><br><br>____-____-____<br>(RRRR-MM-DD)                       |   |  | <input type="checkbox"/> <b>11.7. Jednostka samobilansująca</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>11.8. Rodzaje działalności gospodarczej wykonywanej w tej lokalizacji</b> symbol (5-znakowy) wg PKD 2007       |   |  | Przeważający*:<br><input type="checkbox"/> 1. _____   |  |                  |
| 2. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 3. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 4. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>              |   |  |                  |
| 5. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 6. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RD <input type="checkbox"/> |   |  |                  |
| Kolejne miejsca wykonywania działalności gospodarczej w załączniku CEIDG-MW <input type="checkbox"/>                                       |   |  |   |  |                  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>12.1. Data powstania obowiązku opłacania składek ZUS (RRRR-MM-DD):</b> _____ - ____ - ____   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>12.2. Jestem ubezpieczony za granicą.</b> <input type="checkbox"/>   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>13. Dane dla potrzeb KRUS:</b>   |   |  |  |
| 13.1. Oświadczam, że:  |   |  |  |
| 1) moje sprawy prowadzi jednostka terenowa KRUS:.....  |   |  |  |
| 2) chcę kontynuować ubezpieczenie społeczne rolników: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  |   |  |  |
| 3) w poprzednim roku podatkowym:   |   |  |  |
| a) prowadziłem(am) pozarolniczą działalność gospodarczą: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie   |   |  |  |
| b) współpracowałem(am) przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie   |   |  |  |
| 4) zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego o nie przekroczeniu kwoty należnego podatku dochodowego od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy:   |   |  |  |
| a) złożyłem(am) we właściwej jednostce terenowej KRUS: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie   |   |  |  |
| b) składałem wraz z niniejszym wnioskiem: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  |   |  |  |
| c) złożyłem we właściwej jednostce terenowej KRUS w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |   |  |  |
| 5) organem podatkowym właściwym do rozliczenia podatku dochodowego od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy jest:.....   |   |  |  |
| 13.2. Oświadczam, że przekroczyłem(am) kwotę należnego podatku dochodowego od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                                       |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>14. Informacja o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej:</b>  |   |  |  |
| 1. Data rozpoczęcia zawieszenia:<br>_____ - ____ - ____<br>(RRRR-MM-DD)  |   | 2. Zawieszenie w celu opieki nad dzieckiem do dnia:<br>_____ - ____ - ____<br>(RRRR-MM-DD)   |  |
| 3. Oświadczam, że w okresie zawieszenia nie będę zatrudniał(a) pracowników w ramach zawieszanej działalności: <input type="checkbox"/>   |   |  |  |
| 4. Zawieszam działalność na podstawie art. 14a ust. 1d SDG – w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem: <input type="checkbox"/>   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>15. Informacja o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej:</b>   |   |  |  |
| 1. Data wznowienia działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): _____ - ____ - ____   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>16. Informacja o zaprzestaniu wykonywania działalności gospodarczej:</b>   |   |  |  |
| 1. Data trwałego zaprzestania działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): _____ - ____ - ____  |   |  |  |
| 2. Nie podjęto działalności <input type="checkbox"/> 3. Przekształcenie w jednoosobową spółkę kapitałową <input type="checkbox"/>  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>17. Informacja dotycząca naczelników urzędów skarbowych:</b>   |   |  |  |
| 17.1. Aktualny naczelnik urzędu skarbowego właściwy do spraw ewidencji podatników:<br>.....  |   | 17.2. Aktualny naczelnik urzędu skarbowego właściwy w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych (jeżeli inny niż w rubryce 17.1):<br>..... |  |
| <input type="checkbox"/> <b>18. Oświadczam, że podatek dochodowy od osób fizycznych będę opłacać w formie*:</b>  |   |  |  |
| 1. na zasadach ogólnych <input type="checkbox"/>   | 2. liniowy <input type="checkbox"/>                                 | 3. ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych <input type="checkbox"/>   | 4. karty podatkowej <input type="checkbox"/><br>dołączam wniosek PIT-16 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>19. Forma wpłat zaliczki*:</b> <input type="checkbox"/> Miesięczna <input type="checkbox"/> Kwartalna <input type="checkbox"/> Uproszczona   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>20. Rodzaj prowadzonej dokumentacji rachunkowej*:</b>  |   |  |  |
| 1. księgi rachunkowe <input type="checkbox"/>  | 2. podatkowa księga przychodów i rozchodów <input type="checkbox"/> | 3. inne ewidencje <input type="checkbox"/>   | 4. nie jest prowadzona <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> <b>21. Dane podmiotu prowadzącego dokumentację rachunkową wnioskodawcy:</b>   |   |  |  |
| 1. Firma: _____  |   | 2. NIP: _____  | Rozwiązanie umowy <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> <b>22. Adres przechowywania dokumentacji rachunkowej wnioskodawcy:</b>  |   |  |  |
| jest taki sam jak w rubryce: 04. <input type="checkbox"/> 05. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/>   |   |  |  |
| 1. Kraj:   | 2. Województwo:   | 3. Powiat:   | 4. Gmina:  |
| 5. Miejscowość:  | 6. Ulica:   | 7. Nr nieruchomości/domu:  | 8. Numer lokalu:   |
| 9. Kod pocztowy:   | 10. Poczta:   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>23. Prowadzę zakład pracy chronionej</b> <input type="checkbox"/>  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>24. Prowadzę zagraniczne przedsiębiorstwo drobnej wytwórczości</b> <input type="checkbox"/>  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>25. Prowadzę działalność gospodarczą wyłącznie w formie spółki/spółek cywilnych</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>26. Jestem współnikiem spółki/spółek cywilnych*:</b>   |   |  |  |
| 1. NIP spółki:   | 2. REGON spółki:  | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>  |  |
| <input type="checkbox"/> 3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia: _____ - ____ - ____<br>(RRRR-MM-DD)   |   | <input type="checkbox"/> 4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia: _____ - ____ - ____<br>(RRRR-MM-DD)  |  |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-S.C. <input type="checkbox"/>   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>27. Informacja o małżeńskiej wspólności majątkowej*:</b>   |   |  |  |
| 1. Łączy mnie z małżonkiem wspólność majątkowa: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie / Nie dotyczy  |   | 2. Małżeńska wspólność majątkowa ustala dnia: _____ - ____ - ____<br>(RRRR-MM-DD)  |  |

|  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
|--|--|-----------------|---|--|---------------------------|--|------------------|
| <b>28. Dane identyfikacyjne rachunków bankowych wnioskodawcy:</b>  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>28.1. Rachunek bankowy związany z prowadzeniem działalności gospodarczej:</b>  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| 1. Kraj siedziby banku (oddziału):   |  |                 |   | 2. Pełna nazwa banku (oddziału):                                     |                           |  |                  |
| 3. Posiadacz rachunku:   |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| 4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków):   |  |                 |   |  |                           | 5. Likwidacja <input type="checkbox"/>                     |                  |
| 6. Rachunek, na który dokonywany będzie zwrot podatku <input type="checkbox"/>   |  |                 |   |  |                           | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RB <input type="checkbox"/> |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>28.2. Osobisty rachunek bankowy (niezwiązany z prowadzeniem działalności gospodarczej):</b>                                    |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| 1. Kraj siedziby banku (oddziału):   |  |                 |   | 2. Pełna nazwa banku (oddziału):                                     |                           |  |                  |
| 3. Posiadacz rachunku:   |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| 4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków):   |  |                 |   |  |                           | 5. Rezygnacja <input type="checkbox"/>                     |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>29. Informacja o numerach identyfikacyjnych uzyskanych w innych krajach dla celów podatkowych lub ubezpieczeń społecznych:</b> |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| 1. Kraj:   |  | 2. Numer:       |   | 3. Typ: Podatkowy <input type="checkbox"/>                           |                           | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RB <input type="checkbox"/> |                  |
|  |  |                 |   | Ubezpieczeniowy <input type="checkbox"/>                             |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>30. Udzieliłem pełnomocnictwa do prowadzenia moich spraw:</b>  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>30.1. Dane pełnomocnika:</b>   |  |                 |   | Wykreślenie wpisu o pełnomocnictwie z CEIDG <input type="checkbox"/> |                           |  |                  |
| Pełnomocnik jest osobą prawną <input type="checkbox"/>   |  |                 | 1. Nazwa firmy pełnomocnika:                          |  |                           |  |                  |
| 2. Imię:   |  |                 | 3. Nazwisko:  |  |                           |  |                  |
| 4. PESEL/KRS: _____  |  |                 | 5. Data urodzenia (RRRR-MM-DD): _____ - _____ - _____ |  |                           |  |                  |
| 6. NIP: _____  |  |                 | 7. Obywatelstwa:.....                                 |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>30.2. Adres zamieszkania lub wykonywania działalności gospodarczej lub siedziba pełnomocnika:</b>                              |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| 1. Kraj:   |  | 2. Województwo: |   | 3. Powiat:   |                           | 4. Gmina:  |                  |
| 5. Miejscowość:  |  |                 | 6. Ulica:   |  | 7. Nr nieruchomości/domu: |  | 8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy:   |  |                 | 10. Poczta:   |  |                           |  |                  |
| 11. Opis nietypowego miejsca:  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>30.3. Adres pełnomocnika do doręczeń: (jeżeli inny niż w rubryce 30.2)</b>   |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| 1. Województwo:  |  |                 | 2. Powiat:  |  | 3. Gmina:                 |  |                  |
| 4. Miejscowość:  |  |                 | 5. Ulica:   |  | 6. Nr nieruchomości/domu: |  | 7. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy:   |  |                 | 9. Poczta:  |  | 10. Skrytka pocztowa:     |  |                  |
| 11. Adres poczty elektronicznej:   |  |                 | 12. Strona WWW:                                       |  | 13. Numer telefonu:       |  |                  |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-PN <input type="checkbox"/>   |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>30.4. Zakres pełnomocnictwa:</b>   |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| .....  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <b>W zakresie rejestru CEIDG pełnomocnictwo obejmuje następujące czynności:</b>  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> zmiana wpisu w CEIDG  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> wpis informacji w CEIDG o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej   |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> wpis informacji w CEIDG o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> wniosek o wykreślenie wpisu w CEIDG   |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> prowadzenie spraw za pośrednictwem punktu kontaktowego  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>31. Dołączam następujące dokumenty: (podać liczbę formularzy)</b>  |  |                 |   |  |                           |  |                  |
| <input type="checkbox"/> CEIDG-RD ..... szt.   |  |                 | <input type="checkbox"/> CEIDG-MW ..... szt.          |  |                           | <input type="checkbox"/> CEIDG-RB ..... szt.               |                  |
| <input type="checkbox"/> CEIDG-SC ..... szt.   |  |                 | <input type="checkbox"/> CEIDG-PN ..... szt.          |  |                           | <input type="checkbox"/> Inne ..... szt.                   |                  |
| Miejscowość i data złożenia wniosku  |  |                 |   | Własnoręczny podpis przedsiębiorcy / osoby uprawnionej               |                           |  |                  |