

Mława, dnia

.....
.....
.....
.....
Nazwa przedsiębiorcy lub imię i nazwisko
Siedziba przedsiębiorcy/adres
NIP

Burmistrz Miasta Mława
ul. Stary Rynek 19
06-500 Mława

**WYKAZ WSZYSTKICH KIEROWCÓW DO LICENCJI NR NA WYKONYWANIE KRAJOWEGO TRANSPORTU DROGOWEGO
W ZAKRESIE PRZEWOZU OSÓB TAKSÓWKĄ**

L.p.	Imię i nazwisko kierowcy	Badanie lekarskie (data ważności i nr dokumentu)	Badanie psychologiczne (data ważności i nr dokumentu)	Prawo jazdy – nr dokumentu
1.				
2.				
3.				
4.				

L.p.	Imię i nazwisko kierowcy	Badanie lekarskie (data ważności i nr dokumentu)	Badanie psychologiczne (data ważności i nr dokumentu)	Prawo jazdy – nr dokumentu
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

.....
Czytelny podpis przedsiębiorcy/pełnomocnika
2 z 2