

CĂTRE,
PRIMĂRIA ORAȘULUI ARDUD

Subsemnatul _____ , posesor al cărții de identitate : seria ____ , nr. _____ , eliberat de SPCLEP _____ , la data de _____ , domiciliat în _____ , str. _____ , nr. _____ , județul _____ , având calitatea de administrator/ reprezentant legal al societății _____ , prin prezenta vă rog să binevoiți a-mi elibera AUTORIZAȚIA DE FUNCȚIONARE , având ca obiect de activitate _____ - _____ , CAEN _____ , și un orar de funcționare între orele : L-V : _____ , S : _____ , D : _____ .
Menționez că sediul/punctul de lucru este la adresa _____ , tel. _____ .

Subsemnatul declar prin prezenta că am fost informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției. Am luat la cunoștință că datele de mai sus și din actele anexate vor fi prelucrate de PRIMĂRIA ARDUD cu respectarea prevederilor Regulamentelor (UE) 679/2016 „ privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor ” cu caracter personal și liberă circulație a acestor date.

Ardud , la _____ / 2023

Administrator/Reprezentant
Semnătură
