



ROMÂNIA
U.A.T. ORAȘ SĂCUENI
SZÉKELYHÍD VÁROS ÖNKORMÁNYZATI HIVATALA



417435- SĂCUENI, P-ța LIBERTĂȚII nr.1, JUDEȚUL BIHOR, Cod Fiscal 4593474

telefon: 0259352194, 0359420480, fax: 0259352195, e-mail : primaria.sacueni@cjbihor.ro, pagina web:

www.sacueni.ro

Nr. _____ din _____

CERERE
pentru vizarea Autorizației de funcționare
DOMNULE PRIMAR,

Subsemnatul(a), posesor al C.I. Seria.....Nr.....,
asociat/reprezentant al S.C./S.R.L./ÎF/P.F.A/A.F./I.I. cu denumirea:

.....,
TEL:.....

Prin prezenta solicit vizarea anuală a Autorizației de funcționare pe anul 2025 pentru
Sediu :Loc. _____ Str. _____ Nr. _____
unitatea(punct de lucru/sediu secundar)situată în:

Orș.SĂCUENI,Str/Sat.....,Nr.....

cu activitatea comercială:

codCAEN:.....

cu următorul ORAR:

Luni _____ Marti _____ Miercuri _____

Joi _____ Vineri _____ Sâmbătă _____

Duminică _____

Declar pe propria răspundere că S.C./S.R.L./ÎF/P.F.A/A.F./I.I deține și respectă Autorizația de funcționare eliberat de Primarul orașului Săcueni pe baza Regulament pentru desfășurarea activităților comerciale în orașul Săcueni și **nu a avut modificări** cu privire la valabilitatea înscrisurilor care au stat la baza emiterii Autorizației de funcționare.

Întocmită într-un singur exemplar,pe propria răspundere, copiile depuse sunt in conformitate cu originalul,cunoscând că declarațiile inexacte sunt pedepsite conform legii.

Am luat la cunostinta ca informatiile din prezenta cerere si din actele atasate la aceasta , vor fi prelucrate de U.A.T. ors. Sacueni, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE)2016 / 679 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date.

Semnătura reprezentantului legal/ștampila.

Data