



PLMOT

CENTRUM CERTYFIKACJI  
MOTORYZACJI

# CENTRUM CERTYFIKACJI MOTORYZACJI PLMOT

## Rodzaj dokumentu:

Wniosek o zawieszenie lub cofnięcie certyfikatu

## Adres siedziby:

ul. Kołłątaja 1, lok. 1020  
81-332 Gdynia

Nr rejestracyjny: .....  
(uzupełnia CCM PLMOT)

## I. DANE SZCZEGÓŁOWE:

- a) **Numer seryjny certyfikatu:** .....
- b) **Data ważności certyfikatu:** *ważny od* ..... *ważny do* .....
- c) **Rodzaj wniosku** (*niewłaściwe skreślić*): *wniosek o zawieszenie certyfikatu / wniosek o cofnięcie certyfikatu*
- d) **Powód zawieszenia/cofnięcia certyfikatu** (*właściwe zaznaczyć znakiem „x”*):

1. Zgłoszenie przez osobę certyfikowaną czasowej rezygnacji z certyfikatu
2. Zmiana danych osobowych
3. Inny (*poniżej uargumentować jaki*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Podpis osoby wnioskującej*

*Poniższe uzupełnia CCM PLMOT*

.....  
*Podpis i pieczęć kierownika CCM PLMOT*