

Номер реєстрації запиту в
контролюючому органі _____

Дата реєстрації запиту в
контролюючому органі ____/____/20__

Головне управління ДПС

у Луганській області

(найменування контролюючого органу,
до якого подається запит)

ЗАПИТ

про отримання витягу з Реєстру неприбуткових установ та організацій

1. Код неприбуткової організації згідно з ЄДРПОУ 02135678
2. Найменування неприбуткової організації Старобільський медичний фаховий коледж
3. Місцезнаходження неприбуткової організації 92700, Луганська область, м. Старобільськ, вул. Печерська, буд. 32
4. Контактні телефони 0646112345, +380501111111
5. Спосіб отримання витягу:

Електронною поштою (у разі подання
запиту засобами електронного зв'язку)

+ Безпосередньо у контролюючому органі (у разі
направлення запиту іншими способами)

(позначається знаком «x» або «+»)

Іванов Володимир Михайлович
(П.І.Б. керівника неприбуткової
організації)

(підпис)

«13» квітня 2021 р.
(дата)

М.П.
(за наявності)

Витяг одержав(ла)

(П.І.Б.)

(підпис)

«__» _____ 20__ р.
(дата)
