

# MÍSTNÍ POPLATEK ZA OBECNÍ SYSTÉM ODPADOVÉHO HOSPODÁŘSTVÍ

## CIZINCI S DLOUHODOBÝM POBYTEM V ČR

	Vznik poplatkové povinnosti	Datum kdy k události došlo	
	Změna poplatkové povinnosti	Datum kdy k události došlo	
	Zánik poplatkové povinnosti	Datum kdy k události došlo	

<b>Poplatník</b>	
<b>Jméno</b>	
<b>Rodné číslo</b>	
<b>Telefon, email</b>	

Adresa trvalého pobytu	Ulice, č. p.	
	Obec	
	PSČ	
Doručovací adresa, pokud je jiná než trvalý pobyt v ČR	Ulice, č. p.	
	Obec	
	PSČ	

K oznámení dokládám	
---------------------	--

Svým podpisem stvrzuji, že veškeré údaje jsem uvedl/a pravdivě a souhlasím s výše uvedeným.

<b>Datum podání</b>	
<b>Podpis poplatníka (zákonného zástupce)</b>	