

BEJELENTÉS

desztillálóberendezés tulajdonjogáról, tulajdonjogának megszerzéséről

1. A magánfőző (Több tulajdonos esetén a 3. pontban szereplő adatokat is meg kell adni!)

Neve: _____

Születési helye: _____,

ideje: év hó nap

Anyja _____ születési _____ családi _____ és _____ utóneve: _____

Adóazonosító jele:

Lakóhelye: _____ város,
község

_____ közterület _____ közterület

jelleg _____ hsz. _____ ép. _____ lh. _____ em _____ ajtó

Levelezési címe: _____ város,
község

_____ közterület _____ közterület

jelleg _____ hsz. _____ ép. _____ lh. _____ em _____ ajtó

Telefonszáma: _____, e-mail címe: _____

2. Magánfőző berendezés

Tulajdonszerzésének ideje: év hó nap

Úrtartalma: _____ liter

Tárolásának, használatának helye (ha ez a hely a magánfőző lakóhelyétől eltérő helyen lévő gyümölcsös vagy, ha a berendezés különböző lakóhelyű személyek közös tulajdona):

_____ város, község

_____ közterület _____ közterület

jelleg _____ hsz. _____ ép. _____ lh. _____ em _____ ajtó

Helyrajzi _____ száma: _____

3. Több tulajdonos esetén a tulajdonostárs(ak)

Neve: _____

Adóazonosító jele:

Lakóhelye: _____ város,
község

_____ közterület _____ közterület

jelleg ___ hsz. ___ ép. ___ lh. ___ em. ___ ajtó
Neve: _____
Adóazonosító jele: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lakóhelye: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ város, község
_____ közterület _____ közterület
jelleg ___ hsz. ___ ép. ___ lh. ___ em. ___ ajtó
Neve: _____
Adóazonosító jele: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lakóhelye: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ város, község
_____ közterület _____ közterület
jelleg ___ hsz. ___ ép. ___ lh. ___ em. ___ ajtó
_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
helység év hó nap a bejelentő aláírása