

**AVIZAT**  
Primar

.....

### C E R E R E

Societatea      comercială/persoana      fizică      autorizată,      sub      denumirea

.....  
 ...  
 înmatriculată la Registrul Comerțului cu nr.....CUI .....

având sediul în localitatea.....str.....  
 .....nr....., bl....., sc....., ap....., tel.....  
 reprezentată de.....în calitate de.....  
 domiciliat în .....str.....  
 nr....., bl....., sc....., ap....., tel.....posesor al actului de  
 identitate....., seria....., nr....., eliberat de Poliția  
 .....la data....., cod numeric personal  
 CNP..... solicit avizarea programului de funcționare pentru:

Adresa unității	Tip (magazin,restaurant, depozit, bar, etc)	Suprafața (mp)	Orar de funcționare
			Luni
			Marți
			Miercuri
			Joi
			Vineri
			Sâmbătă
			Duminică

**Declar pe propria răspundere că pe întreaga durată de funcționare voi respecta legislația în vigoare privind ordinea și liniștea publică.**

Data.....

Semnătura(ștampila).....

DOMNULUI PRIMAR AL PRIMARIEI COMUNEI GOLESTI

**PREȘEDINTE DE ȘEDINȚĂ**  
MITRACHE CONSTANTIN ADRIAN

Contrasemnează  
**SECRETARUL COMUNEI GOLESTI**  
*jurist* DINCĂ NICUȘOR

**Golesti: 31.01.2018**