........................................................

 *(miejscowość, data)*

*...........................................................*

*………………………………………….*

*………………………………………….*

*………………………………………….*

*………………………………………….*

*(Imię i nazwisko likwidatora, nazwa*

*stowarzyszenia, dane adresowe)*

**Starostwo Powiatowe w Oleśnicy**

**ul. Słowackiego 10**

**56-400 Oleśnica**

**ZAWIADOMIENIE O ZAKOŃCZENIU POSTĘPOWANIA LIKWIDACYJNEGO**

Niniejszym zawiadamiam o zakończeniu czynności likwidacyjnych stowarzyszenia pn.

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

figurującego w ewidencji stowarzyszeń zwykłych prowadzonej przez Starostę Oleśnickiego pod numerem …...

Jednocześnie oświadczam, że informacja o likwidacji stowarzyszenia została podana do wiadomości publicznej i nie zgłoszono roszczeń wobec stowarzyszenia.

 *…….……………………….............................................
 (podpis likwidatora)*