DANE INWESTORA: Zakopane, dnia……

…….
IMIĘ i NAZWISKO/NAZWA FIRMY

…….
ADRES

…….
NIP I REGON

……
TELEFON KONTAKTOWY

Do Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego w Zakopanem
ul. Chramcówki 19 A
34-500 Zakopane

Proszę o wizję lokalną obiektu:

…….....
NAZWA INWESTYCJI ADRES

Jednocześnie informuję, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych.

……..……..
(PIECZĘĆ I PODPIS WNIOSKODAWCY
LUB OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ)