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

(miejscowość, data)

…………………………………………

…………………………………………

 **Państwowy Powiatowy Inspektor**

……………………………………………… **Sanitarny w Ostrowi Mazowieckiej**

**ul. Gen. Władysława Sikorskiego 3**

…………………………………………………… **07-300 Ostrów Mazowiecka**

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

*(Imię i Nazwisko lub/i nazwa wnioskodawcy*

*adres/siedziba wnioskodawcy wg KRS lub CEIDG*

*lub numeru identyfikacyjnego ARiMR)*

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

*(numer identyfikacji podatkowej NIP)*

……………………………………………………

*(numer telefonu wnioskodawcy lub*

*osoby reprezentującej wnioskodawcę)*

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej dotyczącego .......................................................................................................................................................

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………………***.

*(nazwa i adres obiektu)*

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………………***..

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………………***..

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………………***..

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..***

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………………***..

……....................................................

*(pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osoby reprezentującej wnioskodawcę)*