…………………, dnia……………………

**Wnioskodawca:**

……………………………………………………….

(imię i nazwisko/nazwa firmy)

……………………………………………………….

(adres zamieszkania/adres siedziby)

…………………………………………………….....

(telefon kontaktowy)

 **Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny w Cieszynie**

**ul. Graniczna 79**

**43-400 Cieszyn**

Zwracam się z prośbą o wydanie decyzji dotyczącej spełnienia wymagań sanitarno-lokalowych oraz określenia maksymalnej liczby miejsc w obiekcie/lokalu …………………

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

położonym w ………………………………………………………………………………….

przy ulicy ……………………………………………………………………………………..

 ………………………………………..

 (podpis wnioskodawcy/pieczątka)