Szczecin, dnia _____

_____
imię i nazwisko lub nazwa instytucji

_____
adres korespondencyjny

_____
kod pocztowy, miasto

_____
telefon kontaktowy

PAŃSTWOWY POWIATOWY INSPEKTOR SANITARNY

ul. Wincentego Pola 6

71-342 SZCZECIN

P O D A N I E

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
podpis

Załącznik Nr 1 do podania wydrukować na drugiej stronie kartki

Zał. Nr 1

DANE ZOBOWIĄZANEGO

Nazwisko

Imię

NIP

Regon lub PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość **Kod pocztowy** –

Ulica

Nr domu **Nr lokalu**

Poczta **Skrytka pocztowa**

Telefon

NAZWA SPÓŁKI, ZAKŁADU, PRZEDSIĘBIORSTWA

Nazwa

Miejscowość **Kod pocztowy** –

Ulica

Nr domu **Nr lokalu**

Spółka nr rej. w sądzie

NIP

Regon

PESEL