**Wniosek o wydanie upoważnienia do przeprowadzenia kontroli**

Imię konsultanta wojewódzkiego Nazwisko Konsultanta wojewódzkiego Data

Dziedzina medycyny:

Nazwa instytucji :

Adres instytucji:

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Ulica Numer budynku Numer lokalu

**WNIOSEK**

Proszę o wydanie upoważnienia do przeprowadzenia kontroli w podmiocie wykonującym działalność leczniczą:

Pełna nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

Miejsce kontroli:

Przedmiot i zakres kontroli:

Data rozpoczęcia kontroli:

Przewidywany termin zakończenia kontroli: