

.....  
(imię i nazwisko/firma wnioskodawcy)  
.....  
(ulica)  
.....  
(kod, miejscowość)  
.....  
NIP  
.....  
( Nr telefonu kontaktowego)

Szczecinek dnia.....

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Szczecinku  
ul. Orдона 22**

Proszę o wydanie opinii dla istniejącego / nowoutworzonego\* Zakładu Opieki

Zdrowotnej .....

Zlokalizowanego.....

Zakres świadczonych usług diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych zgodny z wpisem do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Zachodniopomorskiego (Dz. U.z 2004r. nr 169 poz 1781 art. 12 ust.1):

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

.....  
(podpis)

Załączniki\*\*:

1. Dokument stwierdzający tytuł prawny do budynku lub lokalu, w którym prowadzona będzie działalność zakładu
2. Pozwolenie na użytkowanie pomieszczeń zgodnie z przeznaczeniem
3. Opinia o dopuszczeniu obiektu ( w formie decyzji ) przez Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny.
4. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej
5. Decyzja w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej.
6. Statut Zakładu Opieki Zdrowotnej
7. Umowa na utylizację odpadów medycznych
8. Umowa na usługę sterylizacji narzędzi i sprzętu wielokrotnego użytku\*\*\*

\* właściwe podkreślić  
\*\* kserokopie dokumentów uwierzytelnione przez wnioskodawcę  
\*\*\* w przypadku braku urządzenia do sterylizacji