

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię, nazwisko / nazwa wnioskodawcy)

.....  
(adres zamieszkania / siedziba wnioskodawcy wg KRS lub EDG)

.....  
(numer identyfikacji podatkowej NIP)

.....  
(numer identyfikacyjny REGON)

.....  
(nr telefonu kontaktowego)

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Końskich  
ul. Sportowa 7, 26-200 Końskie**

Proszę o prolongatę terminu wykonania obowiązków nałożonych decyzją  
znak: ..... z dnia ..... wymienionych  
w pkt ..... dotyczących zakładu: .....

.....  
*(nazwa i adres)*  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*(podać przyczynę prolongaty i proponowany termin wykonania nałożonego/ch w decyzji obowiązku/ów)*

.....  
(podpis /lub podpis i pieczęć wnioskodawcy  
lub osoby reprezentującej wnioskodawcę\*)

(\*) pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy

**Do wniosku dołączam następujące załączniki:**

1. ....
2. ....
3. ....