



.....  
miejscowość, data

**Do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego**  
W .....

**KARTA ZGŁOSZENIA PRACODAWCY**  
**lub zmiany cech objętych zgłoszeniem**  
(Podstawa prawna art. 209 § 1 i § 2 Kodeksu Pracy)

  

**rozpoczynającego działalność**  
**zmieniającego działalność**

  
dzień  
miesiąc  
rok

**Pełna nazwa pracodawcy:**

.....  
.....

Województwo ..... Powiat .....

Gmina ..... Miejscowość .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr lokalu .....

Kod pocztowy  -  Poczta ..... Tel. ..... Fax .....

**Dane podmiotu gospodarczego (według GUS)**

1. Numer identyfikacyjny REGON<sup>1</sup>

2. Rodzaj przeważającej działalności (wg PKD)

• opis .....

3. Szczególna forma prawna

• opis .....

4. Forma własności

• opis .....

**Organizacja podmiotu gospodarczego**

podmiot jednozakładowy     podmiot wielozakładowy

**Miejsce (-a) prowadzenia działalności (adres -y, telefon -y)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data

.....  
Imię, nazwisko i podpis pracodawcy

<sup>1</sup> Przyłożyć pieczęć lub wypełnić odpowiednie pola