

Limanowa, dnia

**Państwowy Powiatowy Inspektor
Sanitarny w Limanowej
ul. M.B.Bolesnej 16b
34-600 Limanowa**

Wnioskodawca:

.....

.....

(imię i nazwisko / nazwa, adres zamieszkania / siedziba NIP,, reprezentacja)

W N I O S E K

o wydanie opinii o spełnieniu wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą

W związku z zapisami Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r. poz. 160 z późn.zm.) zwracam się z wnioskiem o wydanie opinii o spełnieniu wymagań ogólnie -przestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych odpowiednich do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie prowadzenia działalności leczniczej:

w lokalu / budynku położonym w

przy ul.

W podmiocie wykonującym działalność leczniczą będzie prowadzona działalność określona **kodami resortowymi**:

L.p.	specjalności komórki organizacyjnej:	opis kodu
1		
2		
3		
4		
5		

zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 594)

- Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Limanowej.

tel. do kontaktu :

.....
(podpis wnioskodawcy / pieczęć)

W przypadku spółki należy dołączyć odpis KRS

Załączniki:

1. projekt budowlany (adaptacyjny) lokalu / budynku
2. kserokopia odpisu aktualnego z rejestru / wypisu z ewidencji działalności gospodarczej
3. kserokopia decyzji REGON
4. kserokopia decyzji NIP
5. pełnomocnictwo