Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 28 lutego 2019 r. (poz. 435)

**Załącznik nr 3**

Wniosek o wykreślenie z wykazu zakładów wytwarzających produkty kosmetyczne

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Wolsztynie

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

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

*(imię, nazwisko albo nazwa (firma) i adres wytwórcy)*

Na podstawie art. 6 ust. 8 pkt 1 ustawy z dnia 4 października 2018 r. o produktach kosmetycznych (Dz. U. poz. 2227) zgłaszam wniosek o wykreślenie z wykazu zakładów wytwarzających produkty kosmetyczne:

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

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

*(nazwa i adres zakładu)*

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

*(data) (podpis)*