

.....dnia

.....
(Imię i nazwisko/nazwa właściciela)

.....
(Adres)

**PAŃSTWOWY
POWIATOWY INSPEKTOR SANITARNY
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ**

NIP

REGON

Telefon

Proszę o wydanie opinii dotyczącej niżej wymienionych(ego)* środków(a)* transportu zakwalifikowanych(go)* do grupy specjalnej pojazdów – przewozy zwłok lub szczątków ludzkich/chorych/bielizny brudnej i czystej/odpadów medycznych/leków i wyrobów farmaceutycznych* :

1. marka samochodu , nr rej.
przeznaczenie (zgodnie z wpisem w dowodzie rejestracyjnym).....
.....
2. marka samochodu , nr rej.
przeznaczenie (zgodnie z wpisem w dowodzie rejestracyjnym).....
.....
3. marka samochodu , nr rej.
przeznaczenie (zgodnie z wpisem w dowodzie rejestracyjnym).....
.....

Zobowiązuję się odebrać opinię sanitarną w terminie 14 dni od jej wydania/proszę o wysłanie decyzji płatniczej oraz opinii sanitarnej na podany adres*.

.....
czytelnie imię i nazwisko wnioskodawcy
lub podpis i imienna pieczęćka

* - niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016) potwierdzam, że przed złożeniem powyższego dokumentu zapoznałem (-am) się z klauzulą informacyjną dla klientów Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej dot. RODO

.....
podpis składającego oświadczenie

Uwaga : Zgodnie z art.36 ust.1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej , za badania laboratoryjne oraz inne czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku ze sprawowaniem bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pobiera się opłaty w wysokości kosztów ich wykonania. Opłaty ponosi osoba lub jednostka organizacyjna obowiązana do przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych wg cennika Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej.