……………, dnia…………………..

……………………………….…..

*(nazwa wnioskodawcy/imię i nazwisko)*

……………………………….…..

*(adres/siedziba wnioskodawcy)*

………………………………..…..

*(nazwa zakładu i miejsce wykonywania działalności)*

………………………...................

*(telefon)*

…....…………………....................

*(NIP\*)*

…………………………………...

*(REGON)*

**Państwowy Powiatowy   
Inspektor Sanitarny   
w Poznaniu  
ul. Gronowa 22   
61-655 Poznań**

Proszę o potwierdzenie obowiązywania decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu z dnia …………… znak …………………… dokumentującej brak przeciwwskazań dla sprzedaży (z konsumpcją na miejscu\*) wyrobów alkoholowych.

\* - niepotrzebne skreślić

……………………………………...

*(podpis i pieczątka)*

**Załącznik**:

1. ksero decyzji z dnia .........................znak............................................................