Żnin, dnia…………………

………………………………………………………….

*(imię nazwisko/ nazwa wnioskodawcy)*

………………………………………………………………..

*(adres/ siedziba wnioskodawcy)*

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny w Żninie**

**ul. Mickiewicza 24**

**88-400 Żnin**

Proszę o stwierdzenie, że Decyzja nr ……………., znak sprawy: ……………………..

z dnia ………………… spełnia warunek określony w art. 18 ust. 6 pkt 4 Ustawy z dnia 26.10.1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ( tekst jednolity: Dz. U. z 2021r. poz. 1119)

Dotyczy: ……………………………………………….

*( dokładna nazwa i adres zakładu objętego wnioskiem)*

…………………………………………………………

……………………………………………

*( podpis wnioskodawcy lub osoby*

*reprezentującej wnioskodawcę)*