

Wrocław, dn.

.....
(imię i nazwisko/firma wnioskodawcy)

.....
(ulica)

.....
(kod i miejscowość)

.....
(NIP)

.....
(nr tel. kontaktowego)

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
we Wrocławiu
ul. Kleczkowska 20**

Proszę o prolongatę terminu wykonania obowiązków nałożonych decyzją
nr z dnia w pkt
dotyczącym
(podać przyczynę prolongaty i proponowany termin wykonania nałożonego/ch w decyzji obowiązku/ów)

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

.....
(podpis)