

.....

Limanowa, dnia.....

.....

.....

Dane wnioskodawcy / adres

NIP.....

Tel. kontaktowy

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
ul. M.B.Bolesnej 16B
34-600 Limanowa**

Oświadczam, że dnia rozpoczęłam prowadzenie działalności
gospodarczej pod nazwą/ adres

.....

jest to mobilnypolegający na wykonywaniu
zabiegów z dojazdem do klienta (tj. w domu klienta) z użyciem
narzędzi niewymagających sterylizacji.

- Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych
osobowych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Limanowej.

.....

/ podpis/