

.....
(miejsowość, data)

.....

.....

.....

NIP

(Dane podmiotu składającego podanie)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Garwolinie**

ul. Kard. S. Wyszyńskiego 13
08-400 Garwolin

Proszę o wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru zakładów podlegających
urzędowej kontroli sprawowanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Garwolinie dla zakładu

.....

.....

.....

(nazwa i adres zakładu)

.....
*(imię i nazwisko oraz podpis wnioskodawcy
lub osoby reprezentującej wnioskodawcę)*