Ostrowiec Świętokrzyski, dnia ……………………

|  |
| --- |
|  |
| (imię i nazwisko/ nazwa wnioskodawcy) |
|  |
| (adres/siedziba wnioskodawcy wg KRS lub EDG) |
| (NIP) |
| (numer telefonu) |

**Państwowy Powiatowy**

 **Inspektor Sanitarny w Ostrowcu Św.**

**ul. Smolna 3**

**27-400 Ostrowiec Św.**

Zwracam się prośbą o wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zakładu:

|  |
| --- |
| (nazwa zakładu) |
| (adres zakładu) |

celem starania się o koncesje na alkohol.

|  |
| --- |
| (podpis wnioskodawcy) |