

..... dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres

Państwowy Powiatowy

Inspektor Sanitarny

w

OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA

Zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od decyzji nr z dnia
w sprawie
.....

.....
czytelny podpis