.…….…………, dnia…………….

*(miejscowość)*

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

(imię lub imiona i nazwisko wnioskodawcy)

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

(adres z kodem pocztowym)

……………………………………………………………….................

(dokument tożsamości- seria, numer, data wydania, organ wydający)

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

(numer telefonu)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**w Ropczycach**

Proszę o wydanie opinii w przedmiocie spełniania wymagań sanitarnych

A. w obiekcie hotelarskim\* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

B. w innym obiekcie, w którym świadczone będą usługi hotelarskie\* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(poda*ć *rodzaj i adres obiektu)*

*\* - właściwe podkreślić*

………………………………………………..

*(data i czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby/ osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy)*