

## WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU

.....  
(miejsowość, data)

.....  
*imię i nazwisko wnioskodawcy*

.....  
*adres zamieszkania / adres do korespondencji*

.....  
*(numer dowodu osobistego)*

**PESEL:** .....

**NIP:** .....

.....  
*(nr telefonu)*

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Końskich  
ul. Sportowa 7, 26-200 Końskie**

Proszę o wydanie duplikatu.....

..... (nazwa dokumentu, znak dokumentu),

w związku z .....oryginału ww. dokumentu.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)