………………………………………… …...……………………, dnia…..……............

*(miejscowość, data)*

………………………………………………

*(dane wnioskodawcy – wpisać właściwe:*

*1) imię i nazwisko osoby fizycznej + miejsce zamieszkania*

*2) imię i nazwisko wspólników spółki cywilnej + miejsce zamieszkania wspólników*

*i nazwa prowadzonej działalności gospodarczej*

*2) nazwa osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej +siedziba)*

……………………………………………….

……………………………………………….

……………………………………………….

*(dane osoby do kontaktu/pełnomocnika wraz z nr telefonu,*

*adres do doręczeń elektronicznych)*

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**w Nowym Sączu**

**ul. Stefana Czarnieckiego 19**

**33-300 Nowy Sącz**

**Adres do doręczeń elektronicznych:**

**AE:PL-61360-92303-WGCGF-27**

Proszę o wydanie opinii sanitarnej dotyczącej spełnienia wymagań higienicznych   
i zdrowotnych w zakładzie: produkcji żywnościowej / obrotu żywnością / żywieniowym

**W obiekcie wykonano prace budowlane na podstawie**: *(właściwe zaznaczyć)*

decyzji pozwolenia na budowę (bez nałożonego obowiązku uzyskania pozwolenia na użytkowanie)**\*** /pozwolenia na wykonanie prac budowlanych\* (bez nałożonego obowiązku uzyskania pozwolenia na użytkowanie) nr …………………… z dnia ……………….…. wydanej przez ……………………………………………………………...

projektu budowanego **\*** / technologicznego**\***

nie dotyczy (inwestycja nie zakładała wykonania prac budowlanych)

**Dane dotyczące obiektu / inwestycji /** :

* nazwa obiektu /inwestycji/ ……….……………………….……………………………………….…………...
* lokalizacja ………………………………………………………………………....….……….……………….

*(adres)*

* powierzchnia użytkowa …………………………………….…………………………….…….………………
* liczba kondygnacji …………………………………………..…………………………………………………
* rodzaj obiektu …………………………………………………………..….……………………….…...……...

*(np. nowowybudowany, przebudowany, adaptowany)*

* określenie przeznaczenia …………...........………………………..……………………………………………

*rodzaj zakładu:*

*1. zakład produkcji żywnościowej (np. piekarnia, cukiernia, zakład garmażeryjny)*

*2. zakład obrotu żywnością (np. sklep, kiosk, magazyn, hurtownia materiałów i wyrobów do kontaktu z żywnością)*

*3. zakład żywieniowy (np. punkt małej gastronomii, zakład gastronomiczny, blok żywieniowy w stołówce szkolnej, szpitalnej itp.)*

**Dane inwestora :**….....……………………………...…………………….……………………………………...

*(nazwa/adres wg KRS lub wpisu do działalności gospodarczej)*

……………………………………..…………………. **KRS lub REGON:** ………….………………………..

**Dane płatnika decyzji płatniczej :**

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

……………………………………..………………………………… **NIP :** ………….…………………………..

*(nazwa / adres wg KRS lub wpisu do działalności gospodarczej)*

**Dane pełnomocnika:** ….....……………………………...…………………….…………………………………

*(imię i nazwisko, adres (bez dookreślania czy to adres zamieszkania czy siedziby, adres do doręczeń elektronicznych)*

**Proszę o wydanie dokumentów w formie papierowej tak\* / nie\*.**

W załączeniu:  *(właściwe zaznaczyć)*

kserokopia decyzji pozwolenia na budowę\* / na wykonanie prac budowlanych\*

pełnomocnictwo

………………………………….……

*(czytelny podpis odpis wnioskodawcy / pełnomocnika\*)*

*\* niepotrzebne skreślić*

Zostałem/-am pouczony/-a:

1) o treści art. 41 § 1 i 2 Kodeksu postępowania administracyjnego, zgodnie z którym w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

2) o tym, że w przypadku przeprowadzenia w sprawie czynności (w tym kontroli) zostanie nałożona opłata, zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, za czynności wykonywane w ramach nadzoru zapobiegawczego związane z zajęciem stanowiska w formie decyzji administracyjnej i/lub podjęciem czynności kontrolnych. Stosownie do wskazanego przepisu, za badania laboratoryjne oraz inne czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku ze sprawowaniem zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pobiera się opłaty w wysokości kosztów ich wykonania. Opłaty ponosi osoba lub jednostka organizacyjna obowiązana do przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych.

………………………………….……

*(czytelny podpis odpis wnioskodawcy / pełnomocnika\*)*