

Kępno, dnia.....

.....

.....

.....

(Imię i nazwisko, nazwa wnioskodawcy, pieczęć)

NIP:.....

Telefon:.....

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Kępnie, ul. Pocztowa 1-3
63-600 Kępno**

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Proszę o wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru zakładów:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(należy wymienić odrębne nazwy i siedziby zakładów objętych wnioskiem)

.....

(podpis wnioskodawcy)