

.....
IMIĘ I NAZWISKO LUB NAZWA FIRMY

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
ADRES

.....
TELEFON

.....
NIP

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w ŻARACH**

**Proszę o uzgodnienie dokumentacji projektowej (pod względem
wymogów higieniczno – zdrowotnych) obiektu:**

.....
(PODAĆ NAZWĘ OBIEKTU)

W
(PODAĆ MIEJSCOWOŚĆ I DOKŁADNY ADRES, NR DZIAŁKI)

W załączeniu:

1. (podać ilość egzemplarzy dokumentacji projektowej)

.....
(PODPIS WNIOSKODAWCY)