

Łódź, dnia.....

.....
.....
(dane inwestora , pełnomocnika* - nazwa, adres, NIP)

.....
dane osoby do kontaktu wraz z nr telefonu

.....
(dane płatnika decyzji płatniczej - nazwa, adres, NIP)

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Łodzi
ul. Przybyszewskiego 10
90-368 Łódź**

Wniosek

Zwracam się z prośbą o przeprowadzenie kontroli i wydanie opinii sanitarnej dotyczącej pomieszczeń obiektu zlokalizowanego (adres).....

.....
w którym ma być prowadzona działalność lecznicza (właściwe podkreślić):

1. podmiot leczniczy: ambulatorium/ szpital
2. praktyka zawodowa lekarzy

.....
podpis inwestora /pełnomocnika*

Załączniki:

1. Projekt technologiczny/budowlany lokalu
2. Kserokopia tytułu prawnego do lokalu.
3. Kserokopia dokumentu potwierdzającego skuteczność wentylacji grawitacyjnej i/lub wentylacji mechanicznej.

* pełnomocnictwo do reprezentowania inwestora