

.....dnia

(Imię i nazwisko/nazwa właściciela)

.....

.....

(Adres)

**PAŃSTWOWY
POWIATOWY INSPEKTOR SANITARNY
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ**

.....

NIP

REGON

Telefon

Proszę o wydanie opinii dotyczącej niżej wymienionych (ego) * środków (a) * transportu zakwalifikowanych (go) * do grupy specjalnej pojazdów – przewozy zwłok lub szczątków ludzkich/chorych/ bielizny brudnej i czystej/odpadów medycznych* :

1. marka samochodu, nr rej.
przeznaczenie (zgodnie z wpisem w dowodzie rejestracyjnym)

.....

2. marka samochodu, nr rej.
przeznaczenie (zgodnie z wpisem w dowodzie rejestracyjnym)

.....

3. marka samochodu, nr rej.
przeznaczenie (zgodnie z wpisem w dowodzie rejestracyjnym)

.....

Zobowiązuję się odebrać opinię sanitarną w terminie 14 dni od jej wydania/
Proszę o wysłanie decyzji rachunku oraz opinii sanitarnej na podany adres*.

.....

Podpis - pieczęćka

* - niepotrzebne skreślić

Uwaga : Zgodnie z art.36 ust.1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej , za badania laboratoryjne oraz inne czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku ze sprawowaniem bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pobiera się opłaty w wysokości kosztów ich wykonania. Opłaty ponosi osoba lub jednostka organizacyjna obowiązana do przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych wg cennika Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej.