

(imię i nazwisko/nazwa wnioskodawcy)

(ulica) (kod i miejscowość) (NIP) (REGON)

(nr telefonu)

Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny w  
Rzeszowie ul. Dąbrowskiego  
79 A

Proszę o zmianę terminu wykonania obowiązków nałożonych decyzją z dnia

..... znak sprawy.....  
obejmujących.....

do dnia.....

## UZASADNIENIE

*(podać szczegółowo przyczynę zmiany terminu wykonania obowiązków)*

(czytelny podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentowania  
wnioskodawcy)