**ZAKŁAD WODOCIĄGÓW I KANALIZACJI W MŁYNARACH**

14-420 MŁYNARY, UL. WARSZAWSKA 6A

**TEL**: 55 248-60-81, **FAX**: 55 248-60-38 **E-MAIL**: zwikmlynary@zwikm.eu

**NIP**: 5783129912 **REGON**: 369470228

Młynary, dnia …………………….. r.

**WNIOSKODAWCA**

………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

………………………………………………

*(adres zamieszkania)*

………………………………………………

………………………………………………

*(telefon kontaktowy)*

 **WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**

**O JAKOŚCI WODY**

Proszę o wydanie zaświadczenia o jakości wody pod względem bakteriologiczno-fizycznym

dostarczanej do odbiorcy ………………………………………………………………………..

i nieruchomości ………………………………………………………………………………….

Zaświadczenie to jest niezbędne do przedłożenia ……………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………

 *(podpis odbiorcy usług)*