

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

.....

.....

Adres i telefon do kontaktu:

.....

.....

.....

.....

Miejscowość, data

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Koninie
ul. Staszica 16
62-500 Konin**

**WNIOSEK
o wydanie opinii o spełnieniu wymagań sanitarnych pomieszczeń i urządzeń podmiotów
wykonujących działalność leczniczą**

Proszę o wydanie opinii o spełnieniu wymagań sanitarnych w

pełna nazwa podmiotu

.....

.....

zlokalizowanego w

adres

.....

W placówce będą udzielane niżej wymienione świadczenia zdrowotne:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

W załączeniu kserokopie dokumentów do wykorzystania:

- Wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)
- Aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego
- Wpisu do Rejestru Podmiotów Leczniczych
- Zaświadczenia o numerze REGON
- Decyzji o nadaniu numeru identyfikacji podatkowej (NIP)
- Dokumentu potwierdzającego prawo do dysponowania lokalem
- Umowy z przedsiębiorstwem na odbiór, transport i przekazanie odpadów medycznych do unieszkodliwienia
- Potwierdzonej informacji /decyzji/ według rozdzielnika o wytwarzanych odpadach medycznych i sposobie gospodarowania nimi
- Umowy na wykonywanie usług sterylizacji narzędzi medycznych wielokrotnego użytku
- Umowy na pranie bielizny w tym odzieży ochronnej w pralni profesjonalnej
- Wykazu przewidzianych do użycia w placówce środków dezynfekujących dopuszczonych do obrotu
- Kompletu procedur higienicznych regulujących pracę w placówce
- Umowy dotyczącej sprzątnia placówki.