

_____, dnia _____

(Pieczęć podmiotu)

WNIOSEK

O UDZIELENIE ZEZWOLENIA NA PROWADZENIE DZIAŁALNOŚCI W ZAKRESIE OPRÓŻNIANIA ZBIORNIKÓW BEZODPŁYWOWYCH I TRANSPORTU NIECZYSTOŚCI CIEKŁYCH

I. DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZEZWOLENIE

Nazwa firmy: _____

Adres: _____
(Województwo) (Powiat) (Gmina)

____ - _____ ul. _____ nr _____
(Kod) (Miejscowość)

Telefon: _____ Fax.: _____

NIP _____ Regon _____

Właściciel: _____

Adres: _____
(Województwo) (Powiat) (Gmina)

____ - _____ ul. _____ nr _____ tel. _____
(Kod) (Miejscowość)

Pełnomocnik: _____

Adres: _____
(Województwo) (Powiat) (Gmina)

____ - _____ ul. _____ nr _____ tel. _____
(Kod) (Miejscowość)

Stan formalno prawny: _____

(Zaświadczenie o wpisie do ewidencji – przez kogo wydane)

Określenie przedmiotu i obszaru działalności _____

II. OKREŚLENIE ŚRODKÓW TECHNICZNYCH JAKIMI DYSPONUJE UBIEGAJĄCY SIĘ O ZEZWOLENIE W CELU ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWEGO WYKONANIA DZIAŁALNOŚCI OBJĘTEJ WNIOSEM.

1. Środki transportu:

- a. Ilość i rodzaj: _____

- b. Miejsce garażowania _____

- c. Miejsce mycia _____

2. Dezynfekcja:

- a. Sposób _____

- b. Miejsce _____

- c. Częstotliwość _____

3. Zaplecze techniczne / miejsce postoju/ :

- a. Lokalizacja _____

- b. Stan formalno prawny _____

4. Udokumentowanie gotowości odbioru nieczystości ciekłych przez stacje zlewne, do których wywożone będą nieczystości celem dalszego przetworzenia lub unieszkodliwienia – zał. nr

5. Określenie czasu na jaki zezwolenie ma być udzielone:

6. Wnioskodawca planuje wykonać następujące zabiegi z zakresu ochrony środowiska i ochrony sanitarnej po zakończeniu działalności:

- a. Usunąć poprzez unieszkodliwienie lub odzysk wszystkie zanieczyszczenia znajdujące się na terenie prowadzonej działalności,
- b. Obmyć oraz dokonać dezynsekcji oraz dezynfekcji wszystkich pojazdów oraz pomieszczeń służących prowadzonej działalności.

7. Zaświadczenie albo oświadczenie o braku zaległości podatkowych – zał. nr

8. Zaświadczenie albo oświadczenie o braku zaległości w płaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne – zał. nr

.....

(Podpis właściciela)