|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przyjmujący wniosek*(wypełnia DCU)* | Data złożenia wniosku*(wypełnia DCU)* | Numer ewidencyjny wniosku*(wypełnia DCU)* | Data rejestracji wniosku*(wypełnia DCU)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **TYP INSTALACJI****(zakres urządzeń):** | Wybierz element. |

|  |
| --- |
| **LOKALIZACJA OBIEKTU**  |
| Ulica/nr działki: |  | Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |

|  |
| --- |
| **AUTOR PROJEKTU, CO DO KTÓREGO BĘDZIE WYKONANA KONCEPCJA** |
| Nazwa podmiotu: |  |
| Ulica: |  | Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |

|  |
| --- |
| **WNIOSKUJĄCY** |
| Nazwa urzędowa podmiotu: |  |
| Ulica: |  | Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |
| Adres do korespondencji (jeśli inny od podanego wyżej): |
| Ulica: |  | Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |
| Nr telefonu: |  | Nr faxu: |  | e-mail: |  |
| Nr KRS(ew. CEIDG): |  | REGON: |  | NIP: |  |

|  |
| --- |
| **OSOBA DO KONTAKTU** |
| Imię: |  | Nazwisko: |  |
| Stanowisko, funkcja w podmiocie wnioskującym: |  |
| Nr telefonu: |  | Nr faxu: |  | e-mail: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| …………………………………..……………………….*Miejscowość, data* | …………………………….……………………………………*Podpis upoważnionego przedstawiciela Wnioskującego* | …………………………………………………..…………*Pieczęć firmowa* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECYZJA DCU** | **ZAWRZEĆ UMOWĘ O WYKONANIE KONCEPCJI SYSTEMU WENTYLACJI POŻAROWEJ:** | **TAK** | **NIE** |  **Podpis:** |
| **UMOWA Nr:**  |  | **z dnia:** |  |