



Zakład Usług Technicznych Spółka z o.o.
ul: Bieszczadzka 5; 38-540 Zagórz

Zagórz dnia.....

.....
(Nazwa firmy lub imię i nazwisko Odbiorcy)

.....
(adres)

.....
(NIP)*

.....
(REGON)*

.....
(telefon)*

Wniosek o przeprowadzenie termicznej dezynfekcji instalacji c.w.u.

Adres obiektu:.....

Termin przeprowadzenia dezynfekcji:.....

Maksymalna temperatura c.w.u. na cyrkulacji w trakcie dezynfekcji:.....

Osoba odpowiedzialna ze strony Odbiorcy:

.....

Osoba odpowiedzialna ze strony Dostawcy:

.....

.....
(pieczęć i czytelny podpis Wnioskodawcy)

* nie dotyczy os. fizycznych