

Meno a priezvisko:
Adresa: **PSC:**
Telefónny kontakt: **E-mail:**

**Regionálny úrad verejného zdravotníctva
so sídlom v Čadci
Palárikova ul. 1156
022 01 Čadca**

V Čadci, dňa

VEC

Žiadosť o vydanie duplikátu rozhodnutia

Týmto Vás žiadam o vydanie duplikátu rozhodnutia k prevádzke

.....,

Ktorá sa nachádza na adrese:

.....

podpis

Prílohy:

- Kolková známka v hodnote 10,- €