

ПЕЧАТАЕТСЯ НА ФИРМЕННОМ  
БЛАНКЕ ОРГАНИЗАЦИИ/ИП (при  
наличии)

Исх. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Главному врачу государственного  
учреждения «Гродненский областной  
центр гигиены, эпидемиологии и  
общественного здоровья»  
Орачеву А.В.

## ЗАЯВЛЕНИЕ на осуществление административной процедуры

Наименование заявителя: \_\_\_\_\_

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

Адрес места осуществления деятельности: \_\_\_\_\_

УНП: \_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_ адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Наименование государственного органа (организации), осуществившего  
государственную регистрацию субъекта хозяйствования: \_\_\_\_\_

просит провести административную процедуру в соответствии с подпунктом  
9.6.4. единого перечня административных процедур, осуществляемых в  
отношении субъектов хозяйствования, утвержденного постановлением Совета  
Министров Республики Беларусь от 24 сентября 2021 г. № 548 «Об  
административных процедурах, осуществляемых в отношении субъектов  
хозяйствования»: «Получение санитарно-гигиенического заключения по  
проекту санитарно-защитной зоны организации, сооружения и иного объекта,  
оказывающего воздействие на здоровье человека и окружающую среду»

\_\_\_\_\_ (наименование запрашиваемой административной процедуры)

К заявлению прилагаются:

- документ, подтверждающий внесение платы (за исключением случая внесения платы  
средством использования системы ЕРИП);

- проект санитарно-защитной зоны

\_\_\_\_\_ (с указанием реквизитов, разработчика, количества листов и экземпляров)

Всего предоставлено документов и (или) сведений на \_\_\_\_\_ листах.

Достоверность представляемых документов подтверждаю: \_\_\_\_\_  
(подпись)

Решение об осуществлении административной процедуры просим (нужное  
подчеркнуть) направить по почте, по электронной почте, выдать представителю

\_\_\_\_\_ (ФИО, должность, контактный телефон полномочного представителя (в случае личного получения решения))

О вынесении административного решения просим уведомить по телефону  
\_\_\_\_\_ (SMS, Viber) или на электронную почту \_\_\_\_\_ .

Заявитель \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

Ф.И.О. исполнителя, контактный телефон