Komunalny Związek   
Gmin Regionu Leszczyńskiego

ul. 17 Stycznia 90

64-100 Leszno

Data wpływu wniosku

**WNIOSEK**

**O SKORZYSTANIE Z POMOCY PRACOWNIKÓW WŁADAJĄCYCH PJM**

**W KOMUNALNYM ZWIĄZKU GMIN REGIONU LESZCZYŃSKIEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| NUMER TELEFONU LUB EMAIL  (w celu ustalenia terminu wizyty) |  |
| CEL WIZYTY |  |
| PLANOWANY TERMIN WYKONANIA ŚWIADCZENIA | Data Godzina |
|  |  |
| DATA | PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ |