Łapsze Niżne, dnia: . . . . . . . . . . . . . . .

……………………………

*(imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy)*

……………………………

 *(adres zamieszkania)*

……………………………

**Wójt Gminy Łapsze Niżne**

**ul. Jana Pawła II 20**

**34 – 442 Łapsze Niżne**

 Zwracam się z wnioskiem o wydanie zaświadczenia o położeniu zgodnie z obowiązu-jącym miejscowym planem zagospodarowania przestrzennego Gminy Łapsze Niżne dla działki/ek ewid. nr . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

położonej/ych w miejscowości . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . oraz o objęciu obszarem rewitalizacji.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 *(podpis wnioskodawcy)*

Z a ł ą c z n i k :

dowód wniesienia opłaty skarbowej w wysokości 17,00 zł .

*UWAGA:*

*opłatę skarbową należy uiścić gotówką w kasie Urzędu Gminy w Łapszach Niżnych – pokój nr 5, parter lub przelewem na konto Urzędu Gminy w Łapszach Niżnych – Bank Spółdzielczy w Nowym Targu o/Niedzica, nr konta:* ***43 8812 0005 0010 0000 0417 0001 .***