KRAJEVNA SKUPNOST _____

VLOGA ZA MNENJE O PODALJŠANEM OBRATOVALNEM ČASU PREHRAMBENEGA OBRATA

Vrsta in naziv prehrambnega obrata:

_____

Naslov prehrambnega obrata (ulica, hišna številka, naselje, poštna številka):

_____

Naziv in sedež matične firme (ustanovitelja) prehrambnega obrata:

_____

_____

Prosim za izdajo mnenja za pridobitev soglasja za obratovanje prehrambnega obrata v naslednjem podaljšanem obratovalnem času:

Ponedeljek	od _____ure	do _____ure
Torek	od _____ure	do _____ure
Sreda	od _____ure	do _____ure
Četrtek	od _____ure	do _____ure
Petek	od _____ure	do _____ure
Sobota	od _____ure	do _____ure
Nedelja	od _____ure	do _____ure

Odgovorna oseba prijavitelja (ime in priimek tiskano): _____

Telefonska številka: _____

Datum:_____ Žig in podpis

MNENJE KRAJEVNE SKUPNOSTI:

DA, v celoti se strinjamo s predlaganim podaljšanim obratovalnim časom prehrambnega obrata.

NE strinjamo se s predlaganim podaljšanim obratovalnim časom prehrambnega obrata. Predlagamo naslednji podaljšani obratovalni čas:

Ponedeljek	od _____ure	do _____ure
Torek	od _____ure	do _____ure
Sreda	od _____ure	do _____ure
Četrtek	od _____ure	do _____ure
Petek	od _____ure	do _____ure
Sobota	od _____ure	do _____ure
Nedelja	od _____ure	do _____ure

Datum:_____ Žig in podpis