



MAZOWIECKI  
WOJEWÓDZKI  
KONSERWATOR  
ZABYTKÓW

Wojewódzki Urząd Ochrony Zabytków w Warszawie  
ul. Nowy Świat 18/20, 00-373 Warszawa  
tel. (+48) 22 443 04 00, fax (+48) 22 443 04 01  
www.mwkc.pl

KOPIA

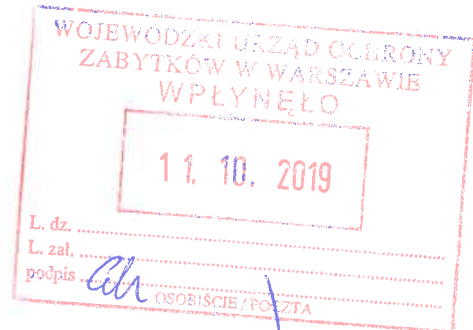
Warszawa, dnia 8.10.2019 r.

Wnioskodawca:

**Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów  
Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie**  
(imię i nazwisko, lub nazwa jednostki organizacyjnej)\*

00-665 Warszawa; ul. Nowowiejska 27  
tel. 607 813 802

artur.mikolajski@szpitalnowowiejski.pl  
(adres, ewentualnie: tel. kontaktowy, adres e-mail)\*<sup>a)</sup>



**Mazowiecki Wojewódzki  
Konserwator Zabytków  
ul. Nowy Świat 18/20  
00 – 373 Warszawa**

### WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA USUNIĘCIE DRZEW/KRZEWÓW

1. Miejscowość, gmina, numer ewidencyjny działki i obręb geodezyjny, na której rośnie drzewo/krzew wnioskowane do usunięcia:

00-665 Warszawa; ul. Nowowiejska 27, Działka nr 5 - obręb 5-05-08

Dzielnica: Śródmieście; Woj. Mazowieckie; Powiat: Warszawa

Teren objęty ochroną konserwatorską na mocy wpisu do rejestru zabytków pod numerem 543 decyzja z lipca 1965 r.

(proszę wskazać dokładny adres )

3. Wykaz drzew wnioskowanych do usunięcia:

**Zgodnie z załączoną inwentaryzacją.**

4. Wykaz krzewów wnioskowanych do usunięcia:

**Zgodnie z załączoną inwentaryzacją.**

5. Termin zamierzonego usunięcia drzewa/krzewu:

**Do dnia 28 lutego 2020 r.**

(proszę wskazać konkretną datę. Termin ten wiąże się z ważnością zezwolenia)

6. Usunięcie drzewa/krzewu wynika / nie wynika\* - z celu związanego z prowadzeniem działalności gospodarczej ( **niepotrzebne skreślić**)

\*<sup>a)</sup> Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie nr telefonu i/lub adresu e-mail wskazanych w niniejszym formularzu w celu ułatwienia kontaktu z WUOZ.