ZÁPACH Z KANALIZÁCIE - NÁVRATKA

Meno a priezvisko : .....................................................................................................

Adresa : ...........................................................................................................................

Tel.kontakt : ............................................................

Lokalizacia zápachu :

-miesto /miestnosť /kde sa zápach vyskytuje .............................................................................

- Ako často sa zápach vyskytuje ...............................................................................

- Máte vybudované odvetranie WC ? ........................................................................

Svojim podpisom potvrdzujem moju súčinnosť s odbornou skupinou pri riešení problému zápachu v mojom rodinnom dome .

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

Podpis