|  |
| --- |
|  |
| (miejscowość, data) |

**{Wybierz adresata z listy}**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **W N I O S E K N R** |  |  |
| **o przeprowadzenie badań antypodsłuchowych w zakresie** |
| **{Wybierz zakres badań}** |
| **w ramach ochrony informacji niejawnych** |
|  |
| 1. **Lokalizacja pomieszczenia podlegającego badaniom:**
 |
| **Nazwa instytucji** | **Województwo** | **Miasto, kod pocztowy** |
|  |  |  |
| **Ulica** | **Numer domu** | **Numer pomieszczenia** |
|  |  |  |
| 1. **Najwyższa klauzula tajności informacji niejawnych przetwarzanych w pomieszczeniu przewidzianym do badań:**
 |
| **{Wybierz klauzulę z listy}** |
| 1. **Termin ostatniego badania, o ile było przeprowadzane:**
 |  |
| 1. **Zidentyfikowane zagrożenia lub inne przesłanki decydujące o złożeniu wniosku, mogące mieć znaczący wpływ na przebieg badania:**
 |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Podstawowe informacje o pomieszczeniu przewidzianym do badań:**
 |
| **Kierownik jednostki organizacyjnej – dysponent pomieszczenia:** | **Użytkownik pomieszczenia** |
|  |  |  |  |  |  |
| imię, nazwisko, PESEL | imię, nazwisko, PESEL |
| **Przeznaczenie pomieszczenia:** |
|  |  |  |
|  |
| **Pomieszczenie znajduje się w:** **{Wybierz rodzaj strefy ochronnej}** |
| **Dane osoby wyznaczonej do kontaktu:** |
|  |  |  |
| imię, nazwisko, telefon kontaktowy |
| 1. **Informacje dotyczące wnioskodawcy – pełnomocnika ochrony jednostki organizacyjnej.**
 |
|  |  |  |
| imię, nazwisko, telefon kontaktowy |
|  |  |  |
| pieczęć, podpis |