

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
adres

**ZGODA  
WŁAŚCICIELA BUDYNKU W KTÓRYM MA NASTĄPIĆ LIKIDACJA BARIER  
ARCHITEKTONICZNYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych dla

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

w budynku \_\_\_\_\_  
dokładny adres

którego jestem właścicielem.

\_\_\_\_\_  
podpis właściciela budynku