

.....
(miejsowość).....
(data).....
(Nazwa lub imię i nazwisko).....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer
– adres prowadzenia działalności).....
(WNI / NIP).....
(nr telefonu)**Do****Powiatowego Lekarza****Weterynarii w Pleszewie****W N I O S E K**

Zwracam się z prośbą o **uchylenie decyzji** numer oraz **wykreślenie rejestru** zakładów zarejestrowanych numeru WNI:

.....
(nazwa podmiotu wg KRS lub wpisu do rejestru działalności gospodarczej)

zlokalizowanej

.....
(adres: miejscowość, ulica, nr, kod pocztowy)

będącej własnością:

.....
(imię, nazwisko / właściciel w/g KRS lub wpisu do działalności gospodarczej)

Której działalność polegała na:

.....
.....
rodzaj produktów:

W załączeniu:

.....
(czytelny podpis)

1) opłata skarbową – 10,00 PLN