

.....

.....,

*(miejscowość)**(data)*

.....

(Nazwa lub imię i nazwisko)

.....

.....

(adres)

.....

(WNI / NIP/ PESEL)

.....

*(nr telefonu)***Do****Powiatowego Lekarza
Weterynarii w Pleszewie****WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o **wydanie zaświadczenia** o posiadaniu weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego w rejestrze podmiotów paszowych, prowadzonym przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Pleszewie, dla działalności prowadzonej w zakresie:

.....

Zlokalizowanej w:

Prowadzonej przez:

Zamieszkałego w:

Zaświadczenie:

- proszę wysłać pocztą na adres

- odbiorę osobiście.

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

1) Potwierdzenie wniesienia opłaty skarbowej w wysokości 17,00 PLN