

.....

.....,

*(miejscowość)**(data)*

.....

(Nazwa lub imię i nazwisko)

.....

.....

(adres)

.....

(WNI / NIP)

.....

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

Zwracam się z prośbą o kontrolę środka transportu o nr rejestracyjnym, należącego do
firmy

Prowadzącej działalność w zakresie transportu pasz / ubocznych produktów pochodzenia zwierzęcego *.

.....

*(czytelny podpis wnioskodawcy)***(niepotrzebne skreślić)*