

.....

.....,

(miejsowość)

(data)

.....

(Nazwa lub imię i nazwisko)

.....

.....

(adres)

.....

(PESEL/NIP)

.....

(WNI)

.....

(nr telefonu)

Do**Powiatowego Lekarza****Weterynarii w Pleszewie****WNIOSK**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Pleszewie oraz nadaniu weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego dla prowadzonej przeze mnie działalności polegającej na

prowadzonej pod adresem

nr siedziby stada (jeżeli dotyczy)

Zaświadczenie:

- proszę wysłać pocztą na adres

- odbiorę osobiście.

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

1) opłata skarbową – 17,00 PLN