

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

Zwracam się z prośbą o zatwierdzenie środka transportu do przewozu zwierząt powyżej 8 godzin:

- o nr rejestracyjnym:, rodzaj:, marka:

dla działalności zlokalizowanej
(adres: miejscowość, ulica, nr, kod pocztowy)będącej własnością:
(imię, nazwisko / właściciel w/g KRS lub wpisu do działalności gospodarczej)

1. Gatunki zwierząt:

2. Sposób transportu: (np. w klatkach):

 - proszę wysłać pocztą na adres - odbiorę osobiście......
(czytelny podpis)

* Proszę zaznaczyć właściwe .

W załączeniu:

- 1) opłata skarbową – 10,00 PLN,
- 2) kopia dowodu rejestracyjnego