

.....,

(miejsowość) (data)

.....

(Nazwa lub imię i nazwisko)

.....

.....

(adres prowadzenia działalności)

.....

(WNI / NIP)

.....

(nr telefonu)

Do
Powiatowego Lekarza
Weterynarii w Kaliszu

Wniosek o wykreślenie z rejestru podmiotów nadzorowanych

Informuję, że z dniem zaprzestałam/em prowadzenia działalności
w zakresie
w zakładzie
o numerze WNI:

Wnioskuje o wykreślenie z rejestru podmiotów nadzorowanych oraz uchylenie
decyzji zatwierdzającej/rejestrującej/na badanie przedubojowe, z dnia

Decyzję:

- proszę wysłać pocztą na adres.....
- odbiorę osobiście.

W załączeniu:

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

- 1) opłata skarbową – 10,00 PLN