

.....
(miejsowość).....
(data).....
(Nazwa lub imię i nazwisko).....
(adres prowadzenia działalności).....
(WNI / NIP).....
(nr telefonu)**Do****Powiatowego Lekarza****Weterynarii w Kaliszu****WNIOSK**

o wydanie duplikatu:

Dokument:

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

W załączeniu:

- 1) opłata skarbową – 5,00 PLN za każdą stronę