

.....

....., .....

*(miejscowość)**(data)*

.....

*(Nazwa lub imię i nazwisko)*

.....

.....

*(adres)*

.....

*(WNI / NIP)*

.....

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

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia potwierdzającego wyklucie w niewoli zwierząt wymagających rejestracji na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Gatunek zwierzęcia (nazwa łacińska i polska)	Liczba zwierząt narodzonych / wyklutych	Data i miejsce urodzenia / wyklucia	Płeć zwierzęcia ( jeżeli to możliwe do określenia)
			-
			-
			-

Zaświadczenie:

 - proszę wysłać pocztą na adres .....

 - odbiorę osobiście.

 .....  
*(czytelny podpis)*

W załączeniu:

1) opłata skarbową – 17,00 PLN