

.....
 Kalisz, dnia.....
 (imię i nazwisko)

.....
 (miejsowość ulica nr)

.....
 (kod pocztowy, poczta)

.....
 (telefon kontaktowy)

Powiatowy Lekarz Weterynarii w Kaliszu
ul. Warszawska 63B, 62-800 Kalisz

Zwracam się z prośbą o:

wypłacenie odszkodowania za zwierzęta zabite w dniu z powodu
 zwalczania choroby zakaźnej zwierząt podlegającej obowiązkowi zwalczania *

wypłacenie zapomogi za zwierzęta, które padły z powodu zachorowania na
 chorobę zakaźną zwierząt podlegającą obowiązkowi zwalczania przed
 zgłoszeniem wystąpienia choroby Powiatowemu Lekarzowi Weterynarii w Kaliszu *

* zaznacz właściwe X

na wskazany poniżej numer konta:

.....
 (nr konta)

Zobowiązuję się uiścić opłatę skarbową w wysokości **10,00 PLN** na konto Urzędu Miejskiego w Kaliszu na nr konta **55 1090 1128 0000 0001 5108 9163**, tytułem „**opłata skarbową**”. Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie dokonania opłaty skarbowej za wydanie decyzji lub dostarczyć kopię do Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Kaliszu (ul. Warszawska 63B, 62-800 Kalisz) lub przesłać skan na adres e-mail: sekretariat@piwkalisz.pl, najpóźniej w dniu odbioru decyzji.

.....
 podpis wnioskującego