

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(miejsce zamieszkania, adres lub nazwa)

.....
(siedziba i adres podmiotu)

Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Chodzieży

Wniosek o zaprzestanie działalności nadzorowanej

Uprzejmie proszę o wyrejestrowanie z dniem działalności nadzorowanej związanej z:

.....
(określić rodzaj działalności nadzorowanej)

zarejestrowanej pod weterynaryjnym numerem identyfikacyjnym* lub numerem siedziby stada* :

prowadzonej pod adresem:

.....

.....
Data i podpis składającego wniosek

* Właściwe podkreślić