…………………………………………………………………… ……………………………………………….., ……………………………

 *(miejscowość) (data)*

 ……………………………………………………………………

 *(Nazwa lub imię i nazwisko)*

 ……………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………

 *(adres)*

 ……………………………………………………………………

 *(PESEL)*

……………………………………………………………………

 *(WNI)*

 ……………………………………………………………………
 *(nr telefonu)*

 ***Powiatowy Lekarz***

 ***Weterynarii w Wejherowie***

WNIOSEK

 Zwracam się z prośbą o:

 Wykreślenie z rejestru podmiotów nadzorowanych;

 Zawieszenie prowadzenia działalności w rejestrze podmiotów nadzorowanych

przez Powiatowego Lekarza Weterynarii działalności:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

 (nazwa i adres podmiotu)

Z uwagi na:

 Zakończenie prowadzenia działalności;

 Zawieszenie prowadzenia działalności

w zakresie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

……………………………………………………………

(data i czytelny podpis)