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

*(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)