

..... , dnia
(miejscowość, data)

.....

(imię i nazwisko/ nazwa)

.....

.....

(adres zamieszkania podmiotu oraz adres do doręczeń jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

**WNIOSEK O WYKREŚLENIE
Z REJESTRU POWIATOWEGO LEKARZA WETERYNARII W OLEŚNICY**

Proszę o wykreślenie mojej działalności z rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Oleśnicy.

Adres prowadzonej działalności:.....

.....

Weterynaryjny Numer Identyfikacyjny:

Zakres prowadzonej działalności:

.....

.....

(podpis właściciela lub pełnomocnika)