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

Imię i nazwisko Miejscowość, data

……………………………………………..

……………………………………………..

adres

……………………………………………..

tel.

Powiatowy Lekarz Weterynarii w Wieliczce

ul. Niepołomska 26G

32-020 Wieliczka

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia ………………………………………………………………………………….

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

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

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

w celu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym wyżej zakresie.

Załączniki:

-potwierdzenie wniesienia opłaty skarbowej za wydanie zaświadczenia na konto Urzędu Miasta i Gminy Wieliczka (17zł)

…….…………………………………

/podpis/