…………………………., dnia…………………

…………………………………………………….

…………………………………………………….

…………………………………………………….

 Dane podmiotu

**WNIOSEK**

**Do Powiatowego Lekarza Weterynarii w Wieliczce**

W związku z zakończoną działalnością zwracam się z prośbą o wykreślenie z rejestru podmiotów nadzorowanych prowadzonym przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Wieliczce w zakresie ………………………………………….………………………….... . Weterynaryjny numer identyfikacyjny działalności: ………………………. . Wnoszę także o uchylenie decyzji numer …………………… z dnia …………………………………………. .

……………………………………………

 Podpis