

.....  
imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
Miejscowość, data

## WNIOSEK

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
w Wielicze  
ul. Grottgera 30  
32-020 Wieliczka**

Wnoszę o wykreślenie z rejestru działalności w ramach sprzedaży bezpośredniej  
o weterynaryjnym numer identyfikacyjnym .....

.....  
podpis