

.....  
(miejsowość).....  
(data).....  
(Nazwa lub imię i nazwisko).....  
(adres prowadzenia działalności).....  
(WNI / NIP).....  
(nr telefonu)**Do****Powiatowego Lekarza****Weterynarii w Kaliszu****WNIOSK**

o wydanie duplikatu:

Dokument:

 - proszę wysłać pocztą na adres ..... - odbiorę osobiście......  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

- 1) opłata skarbową – 5,00 PLN za każdą stronę