

.....

.....,

*(miejscowość)**(data)*

.....

(Nazwa lub imię i nazwisko)

.....

.....

(adres)

.....

(WNI / NIP)

.....

*(nr telefonu)***Do****Powiatowego Lekarza****Weterynarii w Kaliszu****WNIOSK**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o posiadaniu weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego w rejestrze podmiotów paszowych, prowadzonym przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Kaliszu, dla działalności prowadzonej w zakresie:

.....

zlokalizowanej w:,

prowadzonej przez:,

zamieszkałego w:

Zaświadczenie:

- proszę wysłać pocztą na adres

- odbiorę osobiście.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

- 1) opłata skarbową – 17,00 PLN