

.....

.....,

*(miejsowość)**(data)*

.....

(Nazwa lub imię i nazwisko)

.....

.....

(adres prowadzonej działalności)

.....

(WNI / NIP)

.....

*(nr telefonu)***Do*****Powiatowego Lekarza******Weterynarii w Kaliszu*****W N I O S E K**

Zwracam się z prośbą o kontrolę środka transportu o nr rejestracyjnym, należącego do firmy

.....

.....
 prowadzącej działalność w zakresie transportu pasz / ubocznych produktów pochodzenia zwierzęcego *.

.....

*(czytelny podpis wnioskodawcy)*** (niepotrzebne skreślić)*