

Olesno, dnia

(imię i nazwisko)

(miejscowość, ulica i numer domu)

(kod pocztowy, poczta)

(numer telefonu do kontaktu)

**Do Powiatowego Lekarza Weterynarii
w Oleśnie**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia potwierdzającego, że moje przedsiębiorstwo znajduje się w rejestrze Powiatowego Lekarza Weterynarii w Oleśnie.

(podpis wnioskodawcy)

Dane wnioskodawcy (wypełnić w przypadku braku zgłoszenia i/lub oświadczenia)

*(numer NIP lub REGON)**

(numer PESEL)

(numer ident. producenta ARiMR)

(Weterynaryjny Numer Identyfikacyjny)

*niepotrzebne skreślić