

Wąbrzeźno, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....

.....

Adres

.....

Numer stada

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Wąbrzeźnie**

**ul. Wolności 44**

**87-200 Wąbrzeźno**

**Wniosek**

W związku z przekazaniem gospodarstwa proszę o wykreślenie z Rejestru Podmiotów Paszowych.

.....

**(podpis)**