*……………………………………………….*

*Miejscowość, data*

*……………………………….*

*Imię i Nazwisko*

*…………………………………….*

*……………………………………*

*adres*

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Wąbrzeźnie**

**ul. Wolności 44**

**87-200 Wąbrzeźno**

**WNIOSEK**

O wykreślenie z Rejestru Podmiotów Paszowych w związku z:

□ przekazaniem gospodarstwa

□ zakończeniem działalności

□ zmianą adresu

□ …………………………………..

**…………………………**

*podpis*