………………………………………………………

Imię i nazwisko

 .……………………………………………………

Adres

…………………………………………………………

Telefon kontaktowy

………………………………………………………

nr siedziby stada

………………………………………………………

Lokalizacja siedziby

Powiatowy Lekarz Weterynarii w Kielcach

 ul. Ściegiennego 203

25-116 Kielce

WNIOSEK

Proszę o przeprowadzenie kontroli identyfikacji i rejestracji zwierząt w moim gospodarstwie celem uregulowania ilości sztuk zwierząt z gatunku …………………………

…………………………………………

podpis