…….
(Imię i nazwisko)

…….

…….

…….
(Adres)

…….
(telefon kontaktowy)

…….
(Miejsce i data)

Do Powiatowego Lekarza Weterynarii
W Strzelinie
Ul. Brzegowa 63, 57-100 Strzelin

Proszę o wpisanie punktu czasowego przetrzymywania tusz do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Strzelinie.

1.……

……...……

Imię, nazwisko, miejsce zamieszkania, adres albo nazwa, siedziba i adres wnioskodawcy (KŁ)

2.……

……...

……
(czytelny podpis)