……... ……, dnia ……..r.
(nazwa zakładu)

……..
(imię i nazwisko)

……..
(adres)

……..
(adres)

……..
(nr telefonu)*

……..
(email)*

Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Jeleniej Górze

WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z REJESTRU

W związku z zaprzestaniem prowadzenia działalności w zakładzie zlokalizowanym……
……, o WNI …….., oświadczam, że rezygnuję z uprawnień wynikających z decyzji Powiatowego Lekarza Weterynarii w Jeleniej Górze nr: ……. z dnia ……., w zakresie prowadzenia działalności polegającej na ……..
……
……..……
……

W związku z powyższym wnoszę o stwierdzenie wygaśnięcia wyżej wymienionej decyzji Powiatowego Lekarza Weterynarii w Jeleniej Górze oraz skreślenie zakładu z rejestru zakładów Powiatowego Lekarza Weterynarii w Jeleniej Górze.
Oświadczam, że działalność zostanie zakończona z dniem …….....

……
(czytelny podpis)

Wyjaśnienia:
[1)] do dobrowolnego uzupełnienia