

.....
(miejscowość).....
(data).....
(Nazwa lub imię i nazwisko).....
(adres prowadzenia działalności).....
(WNI / NIP).....
(nr telefonu)**Do****Powiatowego Lekarza****Weterynarii w Kaliszu****WNIOSK**

Zwracam się z prośbą o kontrolę środka transportu o nr rejestracyjnym,
 należącego do firmy,
 prowadzącej działalność w zakresie transportu środków spożywczych pochodzenia zwierzęcego.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)