

.....

....., .....

(miejscowość)

(data)

.....

(Nazwa lub imię i nazwisko)

.....

.....

(adres prowadzenia działalności)

.....

(nr telefonu)

**Do****Powiatowego Lekarza  
Weterynarii w Kaliszu****Wniosek o wykreślenie z rejestru podmiotów nadzorowanych**

Informuję, że z dniem ..... zaprzestał prowadzenia działalności

w zakresie .....

w zakładzie .....

o numerze WNI: .....

Wnioskuje o wykreślenie z rejestru podmiotów nadzorowanych

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)