

Miejscowość, data .....

Imię i nazwisko/ Nazwa podmiotu

.....  
.....

Adres

.....  
.....

WNI

.....

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Brodnicy

Informuję, że zakończono działalność w zakresie:

.....  
.....

Zwracam się z prośbą o wykreślenie z rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Brodnicy.

.....

(podpis wnioskodawcy)