.………………………., dnia .......................

...................................................

(imię i nazwisko/nazwa firmy)

...................................................

(adres zamieszkania/prowadzenia działalności)

...................................................

(WNI – weterynaryjny numer identyfikacyjny)

...................................................

(nr telefonu do kontaktu)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Pruszczu Gdańskim**

**ul. Grunwaldzka 25**

**83-000 Pruszcz Gdański**

**WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o wykreślenie z rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Pruszczu Gdańskim podmiotu: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................... znajdującego się pod adresem : …………………………………………… ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................

(podpis wnioskodawcy)

**Do wniosku** **należy dołączyć potwierdzenie** **opłaty skarbowej za wydanie decyzji w kwocie 10 zł, wniesionej na rachunek Urzędu Miasta w Pruszczu Gdańskim ul. Grunwaldzka 20, 83-000 Pruszcz Gdański, nr konta: 94 8335 00030121 1827 2000 0007 Bank Spółdzielczy w Pruszczu Gdańskim.**