

.....dn.....

(miejscowość) (data)

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

(Imię, nazwisko, adres zamieszkania /lub nazwa,
siedziba i adres wnioskodawcy,
numer w KRS lub CEiDG, NIP lub REGON,
numer telefonu kontaktowego)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Pruszczu Gdańskim**

Zwracam się z prośbą o **zatwierdzenie zakładu**, przeprowadzenie kontroli
zatwierdzającej **oraz nadanie weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego**
w zakresie działalności:

.....
.....
(rodzaj i zakres działalności , rodzaj produktów)

Miejsce prowadzenia działalności:

.....
.....
(lokalizacja-adres faktycznego prowadzenia działalności)

.....
(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.**