

.....
Miejscowość

.....
data

.....
.....
(WŁAŚCICIEL / PODMIOT PROWADZĄCY ZAKŁAD LECZNICZY DLA
ZWIERZĄT/)

.....
ULICA

.....
NR DOMU/LOKALU

.....
KOD POCZTOWY

.....
MIEJSCOWOŚĆ

(ADRES DO DORĘCZEŃ)

**Rada Warszawskiej Izby
Lekarsko- Weterynaryjnej**

Ul. Nowoursynowska 159

02-776 Warszawa

Wniosek

**o wykreślenie zakładu leczniczego dla zwierząt z
ewidencji zakładów leczniczych dla zwierząt**

Proszę o wykreślenie zakładu leczniczego dla zwierząt

nr. ewidencyjny

z siedzibą w

.....

.....
*(PODPIS WŁAŚCICIELA ZAKŁADU LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA
PODMIOTU PROWADZĄCEGO ZAKŁAD)

*W przypadku spółki cywilnej wniosek podpisać muszą wszyscy wspólnicy