

..... /

Miejscowość

data

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

**Rada Warszawskiej Izby
Lekarsko-Weterynaryjnej
Ul. Nowoursynowska 159
02-776 Warszawa**

Podanie

Proszę o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii oraz wpisanie mnie do rejestru członków Warszawskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej.

.....

podpis