Imię i nazwisko

**……………………………………………… ………………………………………………**

Adres prowadzonej działalności (miejscowość, data)

**………………………………………………**

**………………………………………………**

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Mińsku Mazowieckim

ul. Szczecińska 8

05-300 Mińsk Mazowiecki

**WNIOSEK**

**Podmiotu o *zaprzestaniu* prowadzenia działalności**

polegającej na ……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ponadto informuję, iż zaprzestanie prowadzenia działalności w związane jest z ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………….

(podpis wnioskodawcy lub osoby prawomocnie reprezentującej wnioskodawcę)

Lista załączników:

**Opłata skarbowa 10 zł tytułem: za wydanie decyzji** (opłatę należy uiścić na rachunek: Urząd Miasta Mińsk Mazowiecki, 05-300 Mińsk Mazowiecki, ul. Konstytucji 3 Maja 1,

Bank Spółdzielczy 88 9226 0005 0024 4185 2000 0030)