……………………………………………………..

 (miejscowość i data)

…………………………………………………………

(imię i nazwisko/nazwa)

…………………………………………………………

(adres, WNI podmiotu)

…………………………………………………………

(nr telefonu/adres e-mail – kontaktowy)

**DO POWIATOWEGO LEKARZA WETERYNARII**

 **W MIŃSKU MAZOWIECKIM**

Zwracam się z wnioskiem o wykreślenie z rejestru podmiotów nadzorowanych działalności polegającej na

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

 (podać rodzaj działalności)

prowadzonej przez podmiot ………………………………………………………..………………………………….………………………………

 (nazwa, adres, WNI)

w związku z zakończeniem prowadzenia produkcji w ww. zakładzie od dnia …………..………………………….……….

……………………………………………….

(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Dowód wniesienia opłaty skarbowej za wydanie decyzji

|  |
| --- |
|  |

**w kwocie 10 zł** wniesiona na rachunek **Urzędu Miasta Mińsk Mazowiecki**, 05-300 Mińsk Mazowiecki,

ul. Konstytucji 3 Maja 1, **nr rachunku 88 9226 0005 0024 4185 2000 0030**