……............. dnia .......................

.............................................
...............................................
...............................................
tel............................................

e-mail………………………………

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Mińsku Mazowieckim**

Wniosek o wykreślenie z rejestru

W związku z zaprzestaniem z dniem ……………………….prowadzenia działalności nadzorowanej polegającej na ……………………………………………………………………… pod adresem………………………………………………………………………………………....
o numerze wpisu do rejestru ……….........................................................................

wnoszę o wykreślenie z rejestru podmiotów Powiatowego Lekarza Weterynarii
w Mińsku Mazowieckim.

.....................................
(podpis zgłaszającego)