……............. 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)