

....., dnia20... r.
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Nr „ARiMR”

.....
NIP

Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Miliczu
ul. Wojska Polskiego 40
56-300 Milicz

W N I O S E K

Wnoszę o wykreślenie z rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii działalności w zakresie utrzymywania **zwierząt gospodarskich** w siedzibie stada o numerze PL-..... . Całkowita likwidacja hodowli nastąpiła z dniem

Jednocześnie informuję, że:

- w przypadku rozpoczęcia lub wznowienia przeze mnie działalności w zakresie utrzymywania zwierząt gospodarskich, powiadomię o tym fakcie Powiatowego Lekarza Weterynarii w Miliczu w formie pisemnej z 30 dniowym wyprzedzeniem.

(art. 5 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (tekst jednolity: Dz. U. 2008 r. Nr 213 poz. 1342 ze zm.)

.....
Podpis właściciela w/w siedziby stada