

....., dnia .....20.... 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 **świń** w siedzibie stada o numerze PL-..... . Całkowita likwidacja hodowli świń nastąpiła z dniem .....

Jednocześnie informuję, że:

- w przypadku rozpoczęcia lub wznowienia przeze mnie działalności w zakresie utrzymywania świń, 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