

IMIĘ i NAZWISKO / NAZWA WŁASNA
ADRES DO KORESPONDENCJI:

dnia201... r.

.....
.....
.....
.....
.....

Nr. tel.:

Powiatowy Lekarz Weterynarii w Legnicy

W N I O S E K

Informuję Powiatowego Lekarza Weterynarii w Legnicy, zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt.2 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (tekst jednolity Dz. U. 2014 poz. 1539 z późn. zm.)

- **o zaprzestaniu prowadzenia działalności nadzorowanej** w zakresie utrzymywania zwierząt gospodarskich (podać gatunek i typ użytkowy drobiu) w celu umieszczania na rynku tych zwierząt lub produktów pochodzących z tych zwierząt lub od tych zwierząt w miejscowości
.....
zarejestrowanych pod weterynaryjnym numerem identyfikacyjnym:
- Jednocześnie wnoszę o skreślenie z rejestru podmiotów nadzorowanych Powiatowego Lekarza Weterynarii w Legnicy.**

- **o zmianie stanu prawnego lub faktycznego** związanego z prowadzeniem działalności nadzorowanej w zakresie
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(CZYTELNY PODPIS)

*wypełnić właściwie