

.....dnia.....

.....

.....

.....

.....

PESEL/NIP

.....

KRS/CEIDG

.....

strona internetowa (jeśli dotyczy)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Rawie Mazowieckiej
ul. Mszczonowska 10
96-200 Rawa Mazowiecka**

WNIOSEK

Zwracam się z wnioskiem o wpis do Rejestru Podmiotów Paszowych Powiatowego Lekarza Weterynarii w Rawie Mazowieckiej i nadanie weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego dla:

.....

.....

.....

(nazwa podmiotu)

zamierzającego prowadzić działalność polegającą na:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(proszę określić rodzaj i zakres działalności, która ma być prowadzona)

.....

.....

(miejsce prowadzenia działalności)

.....

(podpis)

W załączeniu:

1. Oświadczenie podmiotu działającego na rynku pasz