Grajewo, dn………………………………………

………………………………………………................

……………………………………………………………..

…………………………………………………………….

……………………………………………………………

Adres i nazwa zakładu leczniczego

NIP……………………………………………………….

REGON ………………………………………………..

 Wyrażam zgodę na wyznaczenie lek. wet. ………………………………………..………………………………………

świadczącego usługi weterynaryjne w ………………………………………………………………………………………………

do wykonywania czynności z wyznaczenia PLW w Grajewie .