……………………………………………… ……………………… dnia ……………….. 20……. r.

*Imię i nazwisko*

………………………………………………

*miejsce zamieszkania*

………………………………………………

*adres*

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Puławach**

**WNIOSEK**

**o zatwierdzenie projektu technologicznego**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię, nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo nazwa, siedziba i adres wnioskodawcy)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

zwraca się z wnioskiem o zatwierdzenie projektu technologicznego zakładu: …………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

dotyczącego prowadzenia działalności :

- zakres działalności:. ………………………………………………………………………………………………….………………

- wielkość produkcji: ………………………………………………………………………………….……………………………….

- rodzaj produktów pochodzenia zwierzęcego: ……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W załączeniu projekt technologiczny zakładu.

…………………………………………….

 *(podpis wnioskodawcy)*