…………………………………………………..

Miejscowość, data

………………………………………………………………….

Imię i nazwisko lub nazwa

…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………..

Adres

…………………………………………………………………..

Telefon

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

 **w Janowie Lubelskim**

 Zgodnie z art.5 ust.1 pkt 1, ust.2 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt

Informuję, że od dnia……………………………………………….. zamierzam prowadzić działalność gospodarczą:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................................................

Miejsce prowadzenia działalności

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

Proszę o wydanie decyzji stwierdzającej spełnienie wymagań weterynaryjnych oraz nadanie weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego.

………………………………………………

 Podpis wnioskodawcy