

Miejscowość, dnia

.....

.....
*Imię i nazwisko, miejsce zamieszkania lub
nazwa siedziby i adres wnioskodawcy*

Telefon:

**Powiatowy Lekarz Weterynarii w Pabianicach
ul. Karniszewicka 37
95-200 Pabianice**

WNIOSEK

Proszę o wpisanie do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Pabianicach

.....
.....

Rodzaj i zakres działalności

.....
.....

Lokalizacja zakładu

Działalność prowadzona będzie w

.....

Oświadczam, że zakład nie będzie korzystał z krajowych środków dostosowujących, o których mowa w art. 10 ust. 3 Rozporządzenia (WE) Nr 853/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. ustanawiającego szczególne przepisy dotyczące higieny w odniesieniu do żywności pochodzenia zwierzęcego.

.....
Podpis właściciela zakładu