

| | |
|--|-------------------------|
| Wniosek o wykreślenie zakładu z ewidencji zakładów leczniczych dla zwierząt Okręgowej Rady Lekarsko-weterynaryjnej IzbyLekarsko-weterynaryjnej w | Nr księgi* |
| Data złożenia * Nr wniosku * Liczba załączników * | |
| Wnioskodawca | |
| Powód wykreślenia zakładu | |
| Adres przechowywania archiwalnej dokumentacji usług weterynaryjnych | |
| Data zaprzestania działalności | |
| Data wykreślenia/ numer uchwały | |
| Uwagi | |

Imię i nazwisko oraz podpis osoby upoważnionej

.....

* Wypełnia okręgowa rada lekarsko-weterynaryjna