.....…… Miejscowość, data……..…
/Imię i nazwisko/

……...…..……
/Adres/

……...…..…

…….....
Nr PWZ

Rada Północno-Wschodniej
Izby Lekarsko-Weterynaryjnej
w Porosłach

WNIOSEK

O WYKREŚLENIE Z REJESTRU CZŁONKÓW PÓŁNOCNO-WSCHODNIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ W ZWIĄZKU ZE ZRZECZENIEM SIĘ PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA WETERYNARII

Wnoszę o skreślenie mnie z rejestru lekarzy weterynarii Północno-Wschodniej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej w Porosłach z dniem……..

Jednocześnie oświadczam, że zrzekam się prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii.

……..
/podpis wnioskodawcy/