

.....
(Imię i nazwisko)

Włoszczowa, dn.

.....

.....
(adres gospodarstwa)

.....
(telefon)

.....
(nr gospodarstwa)

**Powiatowy Lekarz
Weterynarii
we Włoszczowie**

Wnioskuje o wydanie zaświadczenia, o wpisie do rejestru podmiotów paszowych prowadzonego przez Powiatowego Lekarza Weterynarii we Włoszczowie.

.....

(podpis)

- Do wniosku załączam dowód uiszczenia opłaty skarbowej w wysokości 17,00 zł za wydanie zaświadczenia.

*opłatę skarbową można uiścić w kasie Urzędu Gminy we Włoszczowie lub przelewem na konto Urzędu Gminy we Włoszczowie PKO BP S.A O/WŁOSZCZOWA NR 59 1020 2733 0000 2102 0003 9578