

Włoszczowa, dn. ....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(adres gospodarstwa)

.....  
(telefon)

.....  
(nr gospodarstwa)

**Powiatowy Lekarz  
Weterynarii  
we Włoszczowie**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o wpisie mojego gospodarstwa do rejestru podmiotów nadzorowanych prowadzonego przez Powiatowego Lekarza Weterynarii we Włoszczowie oraz o spełnieniu warunków weterynaryjnych w zakresie pozyskiwania mleka surowego w moim gospodarstwie

.....  
(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