

..... dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania/do korespondencji

.....
Adres prowadzenia działalności

.....
Telefon

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Piasecznie

Wniosek o wydanie zaświadczenie

Proszę o wydanie zaświadczenia, iż jestem zarejestrowany w Rejestrze Powiatowego Lekarza Weterynarii w Piasecznie jako podmiot działający na rynku pasz zgodnie z Rozporządzeniem (WE) 1893/2005.