…………………………………… ……………………, dnia ………………

*Imię i nazwisko*

*……………………………………*

*……………………………………*

*……………………………………*

*Adres, telefon*

**Powiatowy Lekarz Weterynarii w Słubicach z/s w Ośnie Lubuskim**

**ul. 3 Maja 34**

**69-220 Ośno Lubuskie**

**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia potwierdzającego wpis mojej firmy/ gospodarstwa do Rejestru Podmiotów Paszowych zarejestrowanej w zakresie działalności rolniczej, polegającej na …………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………..

 Podpis