………………………………… …………………..., dnia ………

Imię i nazwisko

……………………………………………….

*Numer nadany w rejestrze podmiotów paszowych*

………………………………………………..

………………………………………………..

*Adres, telefon*

 **Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Słubicach z/s w Ośnie Lubuskim**

**ul. 3 Maja 34**

**69-220 Ośno Lubuskie**

**ZAWIADOMIE O ZAKOŃCZENIU DZIAŁALNOŚCI**

Uprzejmie informuję, że z dniem……………………………zakończyłam/em działalność zarejestrowaną pod numerem identyfikacyjnym …………………………………………... w Rejestrze Podmiotów Paszowych w zakresie……………………………………………………………………………………………….W związku z powyższym proszę o wykreślenie jej z wyżej wymienionego rejestru.

 ……………………………………………………….

 *Podpis*