

WNIOSEK

Do Powiatowego Lekarza Weterynarii w Strzelinie
o wpis do rejestru zakładów/ podmiotów paszowych

1. Dane identyfikacyjne zakładu/ podmiotu działającego na rynku:

Imię, nazwisko lub nazwa, adres

.....
.....
.....
.....

Numer NIP lub REGON.....

Numer identyfikacyjny ARiMR.....

Rodzaj prowadzonej działalności

.....

.....

Miejscowość, data

podpis zgłaszającego