

.....
imię i nazwisko oraz numer PWZ

.....
pełna nazwa zakładu leczniczego dla zwierząt

.....
ulica, numer

.....
kod pocztowy, miejscowość

sygn. DIL-W/511/...../.....

.....
(miejscowość, data)

**PROŚBA O WYKREŚLENIE Z REJESTRU OSÓB UPRAWNIONYCH
DO WYSTAWIANIA PASZPORTÓW DLA ZWIERZĄT TOWARZYSZĄCYCH**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wykreślenie mnie z rejestru osób uprawnionych do wystawiania paszportów dla zwierząt towarzyszących

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Pełna nazwa zakładu leczniczego dla zwierząt

.....
Ulica, numer

.....
Kod pocztowy, miejscowość

sygn. DIL-W/541/...../.....

.....
(miejscowość, data)

**PROŚBA O PRZEPISANIE NUMERÓW PASZPORTÓW
NA INNEGO LEKARZA WETERYNARII**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przepisanie druków paszportów o wymienionych numerach:

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

do lekarza weterynarii:

wykonującego usługi w zakładzie leczniczym dla zwierząt (pełna nazwa i adres):

.....
.....

Jako przyczynę przepisania druków wskazuję:

- zakończenie działalności w/w zakładu leczniczego dla zwierząt *
- długotrwałą nieobecność *
- inne (jakie?):

Jednocześnie zwracam w/w druki przypisane do mojego nazwiska podczas sprzedaży, zgodnie z wpisem do ewidencji wydanych paszportów prowadzonej przez Dolnośląską Izbę Lekarsko-Weterynaryjną.

Rozliczenie opłaty za przekazanie druków paszportów przez Izbę (w wysokości 30 zł za 1 druk) nastąpi z wymienionym lekarzem weterynarii lub właścicielem zakładu leczniczego dla zwierząt.

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

