

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*nazwa zakładu leczniczego*

.....  
*adres, telefon*

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*

.....  
*nazwa zakładu leczniczego*

.....  
*adres, telefon*

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

.....  
*(miejsowość, data)*

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEPISANIE NUMERÓW PASZPORTÓW  
OD INNEGO LEKARZA WETERYNARII**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przepisanie druków paszportów o wymienionych numerach: .....

.....  
.....

od lekarza weterynarii lub właścicielem zakładu leczniczego dla zwierząt:

.....

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*