

.....
imię i nazwisko

.....
nazwa zakładu leczniczego

.....
adres, telefon

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

.....
(miejsowość, data)

**PROŚBA O PRZEPISANIE NUMERÓW PASZPORTÓW
DO NOWEGO ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA ZWIERZĄT**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przepisanie druków paszportów o wymienionych numerach (przypisanych podczas sprzedaży do mojego nazwiska lub zlz):

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

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.

.....
podpis wnioskodawcy

* właściwe podkreślić!

.....
imię i nazwisko

.....
nazwa zakładu leczniczego

.....
adres, telefon

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

.....
(miejsowość, data)

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEPISANIE NUMERÓW PASZPORTÓW
Z INNEGO ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA ZWIERZĄT**

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

.....
.....

od lekarza weterynarii lub właścicielem zakładu leczniczego dla zwierząt:

.....

Jednocześnie zobowiązuję się do dokonania rozliczenia opłaty za przekazanie druków paszportów przez Izbę (w wysokości 30 zł za 1 druk) z wymienionym lekarzem weterynarii lub właścicielem zakładu leczniczego dla zwierząt.

.....
*podpis lekarza weterynarii
lub właściciela z/ż*

* właściwe podkreślić !