

.....  
imię i nazwisko

.....dnia.....

.....

.....

.....  
adres i tel.

**Do Rady  
Dolnośląskiej Izby  
Lekarsko – Weterynaryjnej  
we Wrocławiu**

Proszę o skreślenie z rejestru członków Dolnośląskiej Izby Lekarsko –  
Weterynaryjnej we Wrocławiu z powodu przeniesienia miejsca wykonywania zawodu na  
teren .....

.....  
podpis wnioskodawcy