

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
adres, telefon, e-mail

nr PWZ

**Rada Dolnośląskiej Izby
Lekarsko-Weterynaryjnej
we Wrocławiu**

Proszę o wydanie zaświadczenia o posiadanym prawie wykonywania zawodu.

Zaświadczenie potrzebne jest mi do

Wyżej wymienione zaświadczenie proszę:

1. Wysłać na adres korespondencyjny/ adres ZLZ *
.....
2. Wysłać na adres e-mail (skan)
3. Wysłać na skrzynkę ePUAP adres:

.....
/podpis lekarza weterynarii/

*niepotrzebne skreślić