

.....

..... , dnia.....

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

Kod pocztowy , poczta

.....

WNI

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Lublińcu**

Informacja o wznowieniu działalności

Informuję o wznowieniu prowadzenia działalności nadzorowanej polegającej na:

.....

.....

.....nr WNI 2407.....

Data wznowienia działalności

.....

Podpis