………………………………………………, dnia ……………………………..

Imię i nazwisko:

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

Adres zamieszkania:

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

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

Telefon:

……………………………………………………………..

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Kielcach**

Informuję o zakończeniu działalności polegającej na: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………, podmiotu ……………………………………………………………………………………………………………………………………………,  
zarejestrowanego pod weterynaryjnym numerem identyfikacyjnym ………………………………………..…………

Wnoszę o wykreślenie z rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Kielcach.

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

(podpis)

**Załącznik:**

**-** dowód uiszczenia opłaty skarbowej w wysokości 10,00 zł od złożonego wniosku o przeprowadzenie czynności urzędowej tj. wydanie decyzji

\*opłatę skarbową można uiścić w kasie Urzędu Miasta w Kielcach, bądź na rachunek Urzędu Miasta w Kielcach: ING Bank Kielce nr 38 1050 0099 6450 9000 0000 0000