

Nowe Miasto Lubawskie, dn.
(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(adres c.d.)

.....
(nr siedziby stada)

.....
(nr telefonu)

**Do Powiatowego Lekarza Weterynarii
w Nowym Mieście Lubawskim**

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej za poświadczanie nieprawdy
oświadczam, iż wykonałam/-em wszystkie zalecenia po kontroli z dnia
..... (protokół kontroli nr)
w wyznaczonym terminie.

.....
(podpis)

Liczba załączników: