

Drawsko Pomorskie,.....  
(data)

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(NIP)

## W N I O S E K

Do Powiatowego Lekarza Weterynarii  
w Drawsku Pomorskim

Proszę o wydanie zaświadczenia o spełnieniu wymogów rozporządzenia  
183/2005.