

Stargard,

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres siedziby stada

.....
Nr siedziby stada

.....
Telefon

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Stargardzie**
ul. Broniewskiego 1
73-110 Stargard

Oświadczenie

Oświadczam, że w od nie prowadzę chowu/hodowli zwierząt gospodarskich z gatunku, a w momencie wznowienia przedmiotowej działalności poinformuję o tym fakcie Powiatowego Lekarza Weterynarii w Stargardzie (art. 7 ustawy o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt).

.....
Podpis rolnika

.....
Podpis i cenzura