

.....  
Data, Miejscowość

.....  
Imię nazwisko  
.....  
Adres  
.....  
Nr telefonu

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
w Opolu  
ul. Wrocławska 170  
45-836 Opole**

Proszę o wyrejestrowanie mnie z rejestru paszowego prowadzonego przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Opolu.

Informuje, że nie prowadzę już działalności w zakresie .....

.....  
.....