

.....

.....

.....

imię i nazwisko, adres , telefon

.....

miejsowość, data

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Opolu

ul. Wrocławska 170

Dnia r. stwierdziłam/em zniesienie sztuk jaj ptaków

.....

w mojej hodowli zarejestrowanej w Starostwie Powiatowym/Urzędzie Miasta w Opolu*.

Proszę o potwierdzenie tego faktu.

.....

podpis właściciela

*niepotrzebne skreślić