

.....
IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA FIRMY

Gostyń, dn.

.....
ADRES

.....
NR TELEFONU

**POWIATOWY LEKARZ WETERYNARII
W GOSTYNIU**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie **zezwolenia dla przewoźnika na transport zwierząt:**

- a) Poniżej 8 godzin*

- b) Powyżej 8 godzin*

.....
(Podpis)

* Właściwie zaznaczyć

- do wniosku należy dołączyć potwierdzenie wniesienia opłaty w wysokości 10zł (za wydanie decyzji) oraz 616zł do Urzędu Miejskiego w Gostyniu, ul. Rynek 2, 63-800 Gostyń, nr konta **90 1600 1462 1834 5236 6000 0005** za wydanie decyzji