

Chodzież, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(WNI)

.....
(nr telefonu)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Chodzieży**

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wykreślenie z rejestru powiatowego lekarza weterynarii
podmiotu:.....

adres:.....

.....
(podpis)

Zasady przetwarzania danych osób fizycznych określone są w komunikacie zamieszczonym na stronie internetowej pod adresem www.piw-chodziej.pl