……………………………………………………………

…………………………………………………………

 Imię i nazwisko

………………………………………………………

……………………………………………………..

Adres

……………………………………………………..

Nr telefonu

 **Powiatowy Lekarz Weterynarii**

 **w Koninie**

 Powiatowy Lekarz Weterynarii

 w Koninie

Zwracam się z prośbą o przeprowadzenie kontroli IRZ w moim gospodarstwie o numerze

PL w celu wyjaśnienia niespójności dotyczących sztuk bydła o numerach

identyfikacyjnych:

1

2

3

4

5

 ………………………………………………

 Podpis