……………………………………………………………

…………………………………………………………

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