

Chcę, aby Powiatowy Lekarz Weterynarii w Koninie kontaktował się ze mną
za pośrednictwem numeru telefonu:.....
i adresu e:mail:.....w kwestiach
związanych z dotyczącą mnie sprawą i w tym celu dobrowolnie podaję swoje dane.

.....

podpis

Konin, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)
.....

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Koninie**

W N I O S E K o duplikat decyzji

o wydanie duplikatu decyzji w sprawie uznania stada bydła utrzymywanego

w miejscowości.....

o numerze (*numer siedziby stada*).....

za urzędowo wolne od gruźlicy, urzędowo wolne od brucelozy i urzędowo wolne od
enzootycznej białaczki bydła.

.....
podpis

**Dowód uiszczenia opłaty skarbowej
w wysokości 10 zł**