

.....
Miejscowość

.....
data

.....
.....
(PODMIOT PROWADZĄCY ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT/IMIĘ
I NAZWISKO LUB NAZWA PODMIOTU W PRZYPADKU INNYM NIŻ OSOBA
FIZYCZNA)

.....
ULICA

.....
NR DOMU/LOKAŁU

.....
KOD POCZTOWY

.....
MIEJSCOWOŚĆ

(ADRES SIEDZIBY LUB ZAMIESZKANIA PODMIOTU PROWADZĄCEGO
ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT)

Oświadczam

Dane zawarte we wniosku o wpisie do ewidencji zakładów leczniczych dla zwierząt są kompletne i zgodne z prawdą.

Znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia zakładu leczniczego dla zwierząt określone w ustawie z dnia 18 grudnia 2003 r. o zakładach leczniczych dla zwierząt (Dz. U. z 2004 r. Nr 11, poz. 95 oraz z 2008 r. nr 220, poz. 1433).

.....
(PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA
PODMIOTU PROWADZĄCEGO ZAKŁAD)

.....
(STANOWISKO SŁUŻBOWE)