

Elbląg, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nr siedziby stada

.....  
Nr kontaktowy ( Tel.)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
w Elblągu**

Proszę o przeprowadzenie kontroli w moim gospodarstwie w zakresie identyfikacji i rejestracji zwierząt, w celu uporządkowania historii zwierząt przemieszczonych do nieznanej siedziby stada.

.....  
podpis