Myślenice dn. ………………………….

………………………………

(imię i nazwisko)

………………………………

………………………………

………………………………

………………………………

(adres działalności, nazwa firmy)

………………………………

………………………………

(telefon, faks, e-mail)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Myślenicach**

Proszę o kontrolę środka transportu marki ……………………………… o nr rej. .……………………………………… do przewozu następujących gatunków zwierząt:

…………………………………………………………………………………………………..

na odległość: ‌□ powyżej 65 km w czasie do 8 godzin, ‌□ do 65 km

Powierzchnia skrzyni ładunkowej wynosi:…………………………………………………

Oświadczam, że w prowadzonej działalności polegającej na transporcie zwierząt wykorzystywane są aktualnie następujące środki transportu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Marka pojazdu | Numer rejestracyjny |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

………………………

(podpis)