……..
imię i nazwisko

……..
miejscowość, data

……

……

……
adres, telefon, e-mail

nr PWZ ……

Rada Dolnośląskiej Izby
Lekarsko-Weterynaryjnej
we Wrocławiu

Proszę o wydanie zaświadczenia o posiadanym prawie wykonywania zawodu.

Zaświadczenie potrzebne jest mi do ……...

……..

Wyżej wymienione zaświadczenie proszę:

1. Wysłać na adres korespondencyjny/ adres ZLZ *

   …….

2. Wysłać na adres e-mail (skan) ……

3. Wysłać na skrzynkę ePUAP (**jeżeli Państwa wniosek wpłynął na ePUAP DIL-Wet.)** adres:

   ……..……..

……..
/podpis lekarza weterynarii/

*niepotrzebne skreślić