

| | | |
|--|--|-------|
| HIG-Z-ml | <p align="center">WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA o spełnieniu wymagań w zakresie zdrowia bydła i higieny pozyskiwania mleka w gospodarstwie. do Powiatowego Lekarza Weterynarii w Siemiatyczach</p> | |
| Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu: | | |
| Miejsce zamieszkania lub siedziba podmiotu: | Miejscowość: Ulica Nr | |
| Kod i poczta, telefon: | __ - __ - | |
| Określenie lokalizacji prowadzenia działalności: (wpisać jeśli inna niż adres siedziby) | Miejscowość: Ulica Nr Kod i poczta: __ - __ - | |
| Nr siedziby stada: | PL _____ - 0 0 _ | |
| Odbiorca mleka: | Nazwa i adres: | |
| Data: __ - __ - ____ r. | Opłata skarbową - 17zł. Podpis: | |