

miejsowość , data

Imię , nazwisko , adres

Nr KRS lub NIP lub nr gospodarstwa

Tel. -----

Powiatowy Lekarz Weterynarii w Gołdapi

Zwracam się z prośbą o rejestrację sprzedaży bezpośredniej ryb :

Działalność będzie prowadzona :

Planowana ilość :
