………………………….. ……….,dnia ……….…..r.

Imię i Nazwisko

…………………………….

Adres

………………………..

Nr. gospodarstwa

………………………

Nr. Telefonu

Do

Powiatowego Lekarza Weterynarii   
w Mrągowie

Zwracam się z prośbą o przywrócenie odstaw mleka surowego z mojego gospodarstwa do Zakładu mleczarskiego w Mrągowie po okresie wstrzymania.