

, dnia

**Do
Rady Okręgowej K-PIL-W
ul. Noakowskiego 3
85-804 Bydgoszcz**

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany
Nazwisko i Imię kierownika zakładu leczniczego dla zwierząt

Prowadzący zakład leczniczy dla zwierząt.....
Forma i nazwa zakładu leczniczego, numer wpisu do rejestru

Zam. /siedziba
Dokładny adres prowadzenia działalności, telefon kontaktowy

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do ewidencji zakładów leczniczych dla zwierząt prowadzonej przez Radę Kujawsko - Pomorskiej Izby Lekarsko - Weterynaryjnej są kompletne i zgodne z prawdą.

Znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia zakładu leczniczego dla zwierząt określone w ustawie z dn. 18.12.2003r. o zakładach leczniczych dla zwierząt (Dz.U z 2004r. Nr 11 poz. 95 oraz z 2008r. Nr 220poz. 1433).

Imię i nazwisko, oraz podpis
kierownika zakładu leczniczego dla
zwierząt

Dane adresowe K-PIL-W

**Kujawsko - Pomorska Izba Lekarsko Weterynaryjna
w Bydgoszczy**

ul. Noakowskiego 3

85-804 Bydgoszcz tel. 052-362-01-53 e-mail: kpilw@kpilw.pl

Biuro Rady czynne pon-piątek w godz 8-14, wt 11-18