

..... Ostrów Wlkp., dnia.....  
(imię i nazwisko)  
  
.....  
(miejscowość ulica nr)  
  
.....  
(kod pocztowy, poczta)  
  
.....  
(telefon kontaktowy)

**Powiatowy Lekarz  
Weterynarii  
w Ostrowie Wielkopolskim  
ul. Grabowska 34,  
62-400 Ostrów  
Wielkopolski**

Zwracam się z prośbą o:

zwrot kosztów poniesionych z powodu zwalczania choroby zakaźnej zwierząt  
podlegającej obowiązkowi zwalczania, na podstawie przedłożonej umowy  
przelewu wierzytelności oraz załączonej do niej faktury  
nr ..... z dnia ..... z firmy  
.....

.....  
podpis wnioskującego

Zobowiązuję się uiścić opłatę skarbową w wysokości **10,00 PLN** na  
konto Urzędu Miejskiego w Ostrowie Wlkp., tytułem „**opłata skarbową**”. Do  
wniosku należy dołączyć potwierdzenie dokonania opłaty skarbowej za  
wydanie decyzji lub dostarczyć kopię do Powiatowego Inspektoratu  
Weterynarii w Ostrowie Wlkp. (ul. Grabowska 34, 62-400 Ostrów Wlkp.) lub  
przesłać skan na adres e-mail: [piw.ostrowwlkp@piw.ostrowwlkp.pl](mailto:piw.ostrowwlkp@piw.ostrowwlkp.pl),  
najpóźniej w dniu odbioru decyzji.