……
Miejscowość, data

……
Imię i nazwisko

……
Adres zamieszkania

Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Kościerzynie
ul. Przemysłowa 8
83-400 Kościerzyna

Deklaruję, że na czynności z wyznaczenia Powiatowego Lekarza Weterynarii w Kościerzynie w 2027 roku ubiegam się o zawarcie umowy:

Proszę wpisać znak X we wybranym polu kolumny B

A	B
w ramach prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej 1)	
poza prowadzoną pozarolniczą działalnością gospodarczą	
bez rejestracji działalności gospodarczej	
w ramach prowadzonego zakładu leczniczego dla zwierząt 1)2)	