

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczętka lekarza weterynarii)

Informacja

Informuję, iż wyrażam gotowość do wykonywania czynności zleconych przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Ostrowi Mazowieckiej w roku 2015 -

sprawowania nadzoru nad rozbiorem, przetwórstwem lub przechowywaniem mięsa i wystawiania wymaganych świadectw zdrowia w zakładzie:

Skłodowscy Sp. z o. o.

Nienały Szymany 11

07-323 Zaręby Kościelne

Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu:

.....

.....

gdzie podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne w przeliczeniu na okres miesiąca jest równa lub wyższa do kwoty wynagrodzenia minimalnego.

.....
(pieczętka i podpis lekarza weterynarii)