Al Ministero della Salute Direzione Generale della Sanità animale e dei farmaci veterinari

Ufficio II

Via G. Ribotta, 5

00144ROMA

dgsa@postacert.sanita.it

OGGETTO: Cancellazione di mezzi identificativi e fornitore di riferimento dall’elenco dei fornitori.

Il sottoscritto Cognome....................................................... Nome.........................................................

Nato a....................................................................................il................................................................

Rappresentante legale della ditta.............................................................................................................

Codice BDN ...........................................................................................................................................

Sede legale: Via.............................................. Comune................................................. Prov ...............

Cod. fiscale / partita IVA .......................................................................................................................

Tel. ………………………………………………..E-mail…………………..………………………...

# CHIEDE

Che l’azienda sopra citata possa cancellare dall’elenco dei fornitori di mezzi di identificazione e dalla BDN il fornitore di riferimento:

chiede inoltre, che l’azienda sopra citata possa cancellare dall’elenco dei fornitori di mezzi di identificazione e dalla BDN i seguenti mezzi identificativi:

Denominazione prodotto codice BDN

 TIMBRO E FIRMA