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 dall’elenco dei fornitori in nome e per conto dei propri distributori.

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

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

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

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 i seguenti mezzi identificativi:

Denominazione prodotto codice BDN

Chiede inoltre, in nome e per conto dei propri distributori, per i quali è stata depositata la prevista delega, di provvedere alla cancellazione dei mezzi identificativi, nell’elenco dei distributori della suddetta Ditta, di cui all’allegato 1.

# TIMBRO E FIRMA

**ALLEGATO 1**

# **Elenco distributori**

* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## Timbro e Firma