Al Ministero della Salute

Direzione Generale della Sanità animale

e dei Farmaci veterinari

Ufficio II

Via G. Ribotta, 5

00144 ROMA EUR

 dgsa@postacert.sanita.it

Oggetto: cancellazione ditta dall’elenco dei fornitori di mezzi di identificazione.

Il sottoscritto.............................................……......... cod. fisc. ...........................................................

nato a....................................................................il…………………………………………………..

in qualità di………………………………………della Ditta………………………………………...

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

con sede legale in .............................................. P.IVA………………………………………………

# RICHIEDE

Che l’Azienda suddetta sia cancellata dall’elenco dei fornitori di mezzi di identificazione.

TIMBRO E FIRMA