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 identificazione 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 i seguenti mezzi identificativi:

Denominazione prodotto codice BDN

 TIMBRO E FIRMA