Data:

Deklaracja poparcia udzielonego dla działań Porozumienia Wielkopolskiego przez wszystkich pracowników Powiatowych Inspektoratów Weterynarii i Lekarzy Wyznaczonych

Województwo:

Powiat:

Lp.	Imię i Nazwisko	Funkcja	Podpis

Data:

Deklaracja poparcia udzielonego dla działań Porozumienia Wielkopolskiego przez wszystkich pracowników Powiatowych Inspektoratów Weterynarii i Lekarzy Wyznaczonych

Województwo:

Powiat:

Lp.	Imię i Nazwisko	Funkcja	Podpis