………....................................................

*(Miejscowość, data)*

……………………………………………………

*(Imię i nazwisko)*

……………………………………………………

*(Adres wnioskodawcy)*

…………………………………………………..

………………………………………………….

*(Numer telefonu)*

**Wójt Gminy Łyszkowice**

ul. Gminna 11

99-420 Łyszkowice

WYCOFANIE WNIOSKU

Zwracam się z prośbą o wycofanie złożonego wniosku w dniu .................…………...,

dotyczącego……………………………………………………………………………………...………….………………………………………………………………………………….….....

…………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………..

*(Podpis wnioskodawcy)*