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

*(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)*