…………………………………………………………………… …………………………………………………….., ……………………………

*(miejscowość) (data)*

……………………………………………………………………

*(Nazwa lub imię i nazwisko)*

……………………………………………………………………

*(adres)*

……………………………………………………………………

*(WNI NIP)*

…………………………………………………………………… ***Do***

*(nr telefonu/adres e-mail\*)*

***Powiatowego Lekarza Weterynarii w Ostrzeszowie***

**W N I O S E K**

Zwracam się z prośbą o wpis do rejestru zakładów działalności w zakresie transportu produktów pochodzenia zwierzęcego oraz o spełnieniu wymagań sanitarnych dla środka transportu przeznaczonego do przewozu środków spożywczych pochodzenia zwierzęcego:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(rodzaj środków spożywczych)*

będącego własnością firmy: …………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres podmiotu, nr telefonu)*

Marka środka transportu : …………………………………………………………………………………………………………………………………… Numer rejestracyjny : ………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

*(czytelny podpis wnioskodawcy)*

W załączeniu:

1. opłata skarbowa – 10,00 PLN

\* wyrażam zgodę na przetwarzanie mojej dodatkowej danej osobowej, tj. numeru telefonu adresu e-mai1 (niepotrzebne skreślić] w celach kontaktowych związanych z nadzorem przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Ostrzeszowie. Podanie tej danej jest w pełni dobrowolne i nie ma wpływu na rozpatrzenie i realizację procedury wynikającej ze złożonego wniosku. Poinformowano mnie o prawie wycofania zgody w każdym momencie.