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

*(miejscowość) (data)*

……………………………………………………………………

*(Nazwa lub imię i nazwisko)*

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

*(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer*

*– adres prowadzenia działalności)*

……………………………………………………………………

*(WNI / NIP/Pesel)*

…………………………………………………………………… ***Do***

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

***Powiatowego Lekarza Weterynarii w Ostrzeszowie***

**W N I O S E K**

Zwracam się z prośbą o wpis do rejestru zakładu …………………………………………………………………………………………..

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

*(nazwa podmiotu wg KRS lub wpisu do rejestru działalności gospodarczej)*

zlokalizowanego ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(adres: miejscowość, ulica, nr, kod pocztowy)*

będącego własnością: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię , nazwisko / właściciel w/g KRS lub wpisu do działalności gospodarczej)*

w którym ma być prowadzona działalność w zakresie:

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

……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………. rodzaj produktów: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………. gatunki zwierząt: ……………………………………………………………………………………….…………………………………………………………… wielkość produkcji: ………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

……………………………………………………………

*(czytelny podpis)*

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.