…………………………………….. …………………………

(imię i nazwisko lub nazwa podmiotu) (miejscowość i data)

……………………………………..

……………………………………..

(miejsce zamieszkania lub adres podmiotu)

……………………………………………

(numer telefonu)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Zwoleniu**

Stosownie do art. 5 ust 1 pkt 1, ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. *o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt* *(tj: Dz. U. z 2014r. poz. 1539.)*  zwracam się z prośbą o stwierdzenie spełnienia wymagań weterynaryjnych dla prowadzenia działalności nadzorowanej w drodze decyzji oraz nadanie weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego.

Rodzaj działalności: ………………………….……….……..……………………...

………………………………………………………………………………..…..

Zakres działalności ………………………….……….……..……………………...

………………………………………………………………………………..…..

Gatunek zwierząt: …………………………………………………………….…….

Adres miejsca prowadzenia działalności, nr działki: ………………………………………….. ………………..…………………………………………………………………...

Adres do korespondencji :……………………………………………………………………….

Planowana data rozpoczęcia działalności: …………………………………………….………..

*Wniosek składany jest co najmniej na 30 dni przed rozpoczęciem działalności.*

*Zgodnie z art.7 w/w ustawy zobowiązuję się do poinformowania na piśmie o zaprzestaniu prowadzenia działalności, a także o każdej zmianie stanu prawnego lub faktycznego związanego z prowadzeniem tej działalności w zakresie dotyczącym wymagań weterynaryjnych, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia takiego zdarzenia.*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).*

.………………………………………..

( podpis wnioskodawcy)

Załącznik :

* zaświadczenie o wpisie do rejestru gospodarstw rolnych\*
* zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej\*
* aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego\*
* dowód opłaty skarbowej

(\*niepotrzebne skreślić)