

....., dnia r.

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Pyrzycach**

**ZGŁOSZENIE PODMIOTU/ZAKŁADU DO REJESTRU
lub AKTUALIZACJA DANYCH PODMIOTU/ ZAKŁADU W REJESTRZE
POWIATOWEGO LEKARZA WETERYNARII**

1. Imię i nazwisko / nazwa podmiotu:
2. Adres do korespondencji:
3. Nr Pesel lub jeśli nie posiada to numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość:
4. NIP*
5. Telefon do kontaktu
6. Dotychczasowy weterynaryjny numer identyfikacyjny
7. Kategorie, gatunki, liczbę lub ilości utrzymywanych zwierząt lądowych
-
-
8. Lokalizacja zakładu (dokładny adres)
-
9. Adres strony internetowej*
10. Adres poczty elektronicznej (e-mail)*
11. Adres do doręczeń elektronicznych*
12. Położenie zakładu (koordynaty GPS)
13. Opis obiektów/~~typ ula~~
14. Rodzaj zakładu; oraz inne kwestie dotyczące zakładu, które są istotne dla ustalenia stwarzanego przez niego ryzyka (np. wielkość hodowli, prowadzenie kilku działalności

w podmiocie, sąsiedztwo innych zakładów itp.) -

.....

15. Pozyskane produkty będą wykorzystane: na użytek własny/ w ramach rolniczego handlu detalicznego/ do sprzedaży bezpośredniej/ innej działalności wskazać jakiej:

.....

16. Prowadzenie innej działalności rejestrowanej wskazać jakiej

.....

Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” i dobrowolnie podałem/łam powyższe dane.

Zgodnie z artykułem 84 ust. 2 rozporządzenia 2016/429 w sprawie przenośnych chorób zwierząt oraz zmieniające i uchylające niektóre akty w dziedzinie zdrowia zwierząt ("Prawo o zdrowiu zwierząt")

2. Podmioty prowadzące zakłady, o których mowa w ust. 1, powiadamiają właściwy organ o:

- a) wszelkich zmianach w danym zakładzie dotyczących kwestii, o których mowa w ust. 1 lit. b;
- b) każdym zaprzestaniu działalności przez dany podmiot lub zakład.

.....
(data i czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w celach ustawowo określonych, rejestracji i wydania zaświadczeń.

.....
(data i czytelny podpis)

* jeśli je posiada/jeśli dotyczy