Aleksandrów Kuj., ……

Wnioskodawca: …….…….

Adres/siedziba: ……...

Tel.: …….…….....

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Aleksandrowie Kujawskim**

# WNIOSEK

na podstawie art. 10 § 1 i 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o paszach (Dz. U. z 2014 r., poz. 398 ze zm.) o:

- WPIS DO REJESTRU(*) ZAKŁADÓW
- ZATWIERDZENIE(*) ZAKŁADU

1. Imię, nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo nazwa, siedziba i adres wnioskodawcy

2. Numer w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym albo w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, albo numer identyfikacyjny w ewidencji gospodarstw rolnych

3. Numer NIP lub REGON

4. Określenie rodzaju i zakresu działalności, która ma być wykonywana

5. Określenie lokalizacji zakładu, w którym ma być wykonywana działalność

…….
/podpis wnioskodawcy/

(*)niepotrzebne skreślić

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informujemy, iż:
1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Aleksandrowie Kuj., ul. Wyspiańskiego 3.
2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań inspekcji i będą udostępniane innym odbiorcom (jednostce nadrzędnej i innym jednostkom administracji państwowej).
3) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
4) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obowiązkowe
USTAWA z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego
USTAWA z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ochronie zwierząt
USTAWA z dnia 10 grudnia 2003 r. o kontroli weterynaryjnej w handlu
USTAWA z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt
USTAWA z dnia 16 grudnia 2005 r. o produktach pochodzenia zwierzęcego
USTAWA z dnia 22 lipca 2006 r. o paszach
USTAWA z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia
USTAWA z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z powyższą informacją

.....
podpis petenta

[ ]* Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny pracowników PIW w Aleksandrowie Kujawskim na podany przeze mnie powyżej numer telefonu.
[ ] Nie wyrażam zgody na podanie mojego numeru telefonicznego.

.....
podpis petenta

* Zaznaczyć jedną z opcji