

Myślenice, dnia.....

**POWIATOWY LEKARZ WETERYNARII
W MYŚLENICACH**

**ZGŁOSZENIE DO REJESTRU
PODMIOTÓW NADZOROWANYCH**

1. Imię i nazwisko właściciela podmiotu i nazwa podmiotu
.....
2. Adres do korespondencji
.....
3. Miejsce prowadzonej działalności
.....
4. Nr Pesel lub jeśli nie posiada to numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość
.....
5. NIP*
6. Telefon do kontaktu
7. Dotychczasowy weterynaryjny numer identyfikacyjny
8. Kategorie, gatunki, rasa, liczbę lub ilości utrzymywanych zwierząt lądowych, cel hodowli
.....
.....
9. Adres strony internetowej*
10. Adres poczty elektronicznej (e-mail)*
11. Adres do doręczeń elektronicznych*
12. Położenie zakładu (koordynaty GPS)
.....

13. Opis obiektów

.....

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

.....

1. 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 rejestracji.

.....
(data i czytelny podpis)

* jeśli je posiada/jeśli dotyczy