*Polkowice; dn.: ...................................-20........r.*

...........................................................................

(imię i nazwisko lub nazwa wnioskodawcy)

...........................................................................

..........................................................................

(miejsce zamieszkania lub siedziba wnioskodawcy)

..........................................................................

(PESEL/NIP)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Polkowicach**

***WNIOSEK***

*Na podstawie art. 21 Ustawy z dnia 16 grudnia 2005r. o produktach pochodzenia zwierzęcego ( tj. Dz. U. z 2020r. poz. 1753 z późn. zm.) wnoszę o zatwierdzenie i nadanie weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego dla następującej działalności:*

1. Numer w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym **albo** w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej **albo** numer identyfikacyjny w ewidencji gospodarstw rolnych w rozumieniu przepisów o krajowym systemie ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności - w przypadku pomieszczeń gospodarstwa, z wyłączeniem gospodarstw rybackich, o ile taki numer posiada:

………...………………………………………………

2. Rodzaj i zakres wykonywanej działalności: .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Rodzaj produktów pochodzenia zwierzęcego, które mają być produkowane w zakładzie:

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

4. W/w działalność prowadzona będzie w: ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(Określić lokalizację obiektów, w których prowadzona będzie działalność)

5. Planowany czas rozpoczęcia działalności: ...........................................................................

6. Wyżej wymieniony zakład zamierza korzystać z krajowych środków dostosowujących, o których mowa w art. 10 ust. 3 rozporządzenia (WE) nr 853/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. ustanawiającego szczególne przepisy dotyczące higieny w odniesieniu do żywności pochodzenia zwierzęcego (Dz.U. L 139 z 30.4.2004, str. 55) TAK / NIE \*

................................................

*(podpis osoby upowa*ż*nionej)*

***UWAGA!!!*** *do wniosku nale*ż*y doł*ą*czy*ć*:*

1. Kopię zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego WE udzielonego przez inne państwo członkowskie Unii Europejskiej- w przypadku gdy wnioskodawca będący cudzoziemcem, w rozumieniu przepisów o cudzoziemcach, zamierza prowadzić działalność gospodarczą na podstawie przepisów obowiązujących w tym zakresie na terytorium RP,

2. Stosowne upoważnienie dla osoby reprezentującej wnioskodawcę.

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*) oświadczenia składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści „ Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”

**Klauzula RODO**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Polkowicach, ul. Górna 3/3, reprezentowany przez powiatowego lekarza weterynarii.
2. W sprawach dot. przetwarza danych osobowych można kontaktować się poprzez e-mail: [abi@vp.pl](mailto:abi@vp.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - w szczególności w celu realizacji ustawowych zadań Inspekcji Weterynaryjnej;
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa .
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem Inspekcji Weterynaryjnej jest obligatoryjne.