**ZLECENIE NA WYKONANIE BADANIA MIĘSA POZYSKANEGO NA UŻYTEK WŁASNY**

**NA OBECNOŚĆ WŁOŚNI**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane zleceniodawcy: | |
| 1. Próbki pobrane od:\*  □ – dzik w wieku; ………………………………………….  Nr znacznika: ………………………………………………  □ – świnia w wieku: ……………………………..……….  Nr siedziby stada: ……………………………………….. | 2. Materiał do badań :\*  □ - filary przepony przy przejściu do części ścięgnistej  □ - mięśnie przedramienia  □ - mięśnie żuchwowe  □ - mięśnie międzyżebrowe  □ - mięśnie języka  □ - część żebrowa/mostkowa przepony  □ - inne –podaj jakie: …………………………………………………………………………..… |
| 3. Ilość próbek: | 4. Miejsce uboju/odstrzału\*: |
| 5. Data uboju/odstrzału\*: | 6. Koło łowieckie: |
| 7.Nazwa i numer obwodu łowieckiego: | |
| 8. Data pobrania próby/ek: | 9. Imię i nazwisko pobierającego próbki: |
| 10. Ja, niżej podpisany oświadczam, że badane mięso zostało pozyskane na użytek własny w moim gospodarstwie domowym.Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie deklaracji niezgodnych ze stanem faktycznym. | |
| 11. Cel badania: **Wykluczenie obecności larw Trichinella sp. w dostarczonych próbkach.** | |
| 12. Procedura pobrania próbek:  Zgodna z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi w sprawie wymagań weterynaryjnych przy produkcji mięsa przeznaczonego na użytek własny z dnia 21 października 2010 r. [(tj. Dz.U. z 2021 r. , poz. 2059)](http://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrrguydimbxge3tk) | |
| 13. Sposób płatności:  *Brak podstawy do pobrania opłaty* | 14. Sposób przekazania wyniku badania: \*  □ - Osobiście:  □ - Telefonicznie:………………………………………………………….  □ - E-mail\*: …………………………………………………………………. |
| 15. Pozostałe informacje:   * Powiatowy Lekarz Weterynarii w Polkowicach nie zwraca zleceniodawcy pozostałości próbek po badaniach. * Zleceniodawca wyraża zgodę na wykorzystanie wyników badań wyłącznie do celów opracowań statystycznych. * Badania nie będą zlecane podwykonawcom. * Wyniki badań nie będą udostępniane podmiotom nie będącym stroną niniejszego zlecenia bez zgody zleceniodawcy wyrażonej w formie pisemnej. * Powiatowy Lekarz Weterynarii w Polkowicach nie ponosi odpowiedzialności za transport i pobór próbek. * Powiatowy Lekarz Weterynarii w Polkowicach zapewnia poufność badań oraz ma prawo odstąpić od wykonania badania, gdy stan próbki jest niezgodny z wymaganiami laboratorium. | |
| 17. Miejscowość, data | 18. Podpis zleceniodawcy: |

**\* odpowiednie zaznaczyć**

Zgodnie z art. 13 ogólnego 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 w Polkowicach.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – abi@vp.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu na podstawie Dz.U. z 2017 r., poz. 242, 471, Dz.U. z 2008 r. nr 213 poz. 1342 z późn. zm., Dz.U. z 2004 nr 91, poz. 872, art. 6 ust. 1 lit. e RODO
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 gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.