……………………… dnia ……………….. 20……. r.

……………………………………………………………………..

*Imię i nazwisko, numer PESEL*

……………………………………………………………………..

(PESEL / REGON)

……………………………………………………………………..

*miejsce zamieszkania*

……………………………………………………………………..

*adres, tel.*

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Górze**

**WNIOSEK**

**o wpis do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii**

**podmiotów prowadzących działalność rejestrowaną**

Proszę o wpis do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii, działalności w zakresie produkcji

produktów pochodzenia zwierzęcego: ………………………………………………………………………………………..

*(rodzaj produktów pochodzenia zwierzęcego,)*

**przeznaczonych do sprzedaży bezpośredniej**.

Rodzaj i zakres działalności: …………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Lokalizacja zakładu\* / miejsce produkcji\* ……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Planowany termin rozpoczęcia działalności: ……………………………………………………………………………….

Do wniosku dołączam oświadczenie o utrzymywaniu pszczół.

…………………………………………….

*(podpis wnioskodawcy)*

*\* niepotrzebne skreślić*

------------------------------

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Lekarz Weterynarii w Górze, ul. Poznańska 36, 56-200 Góra, tel.: 65 543 23 46; e-mail: gora@wroc.wiw.gov.pl.

Pełną treść klauzuli informacyjnej znajdą Państwo na naszej stronie internetowej pod adresem: piwgora.pl