

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(adres gospodarstwa)

.....
(numer siedziby stada)

.....
(nr telefonu)

.....
(NIP lub PESEL lub inny dokument potwierdzający tożsamość)

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Międzychodzie

ul. Strzelecka 12

64-400 Międzychód

**WPIS ZAKŁADU DO REJESTRU/AKTUALIZACJA DANYCH DOTYCZĄCYCH
ZAREJESTROWANEGO ZAKŁADU**

1. Położenie zakładu (szerokość i długość geograficzna):

2. Opis obiektów (np. liczba budynków, miejsce przechowywania zboża/paszy, ogrodzenie):
.....
.....

3. Gatunki, kategorie oraz liczba lub ilość utrzymywanych zwierząt lub materiału biologicznego:
.....
.....

4. Rodzaj prowadzonej działalności, gatunki, kategorie oraz liczba lub ilość utrzymywanych
zwierząt, użytek własny/komercyjny, sposób utrzymania:
.....
.....
.....

5. Potencjał zakładu (np. maksymalna obsada):

6. Inne istotne informacje z punktu widzenia ryzyka jakie stwarza dany zakład (np. informacje

o innych działalnościach prowadzonych na terenie gospodarstwa, przemieszczanie zwierząt lub produktów z zakładu:

.....

.....

7. Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres gospodarstwa) / adres poczty elektronicznej /

Adres do e-doręczeń:

.....

.....

8. Numer WNI jeśli był uprzednio nadany:

.....

(podpis)

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)