

.....

.....,

*(miejscowość)**(data)*

.....

(Nazwa lub imię i nazwisko)

.....

.....

(adres prowadzenia działalności)

.....

(NIP)

.....

*(nr telefonu)***Do****Powiatowego Lekarza****Weterynarii w Kaliszu****WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Kaliszu

oraz nadaniu weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego dla prowadzonej przeze mnie działalności polegającej

na

prowadzonej pod adresem

nr siedziby stada *(jeżeli dotyczy)*

Zaświadczenie:

- proszę wysłać pocztą na adres

- odbiorę osobiście.

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

1) opłata skarbową – 17,00 PLN

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) informujemy, iż współadministratorami Państwa danych osobowych są: Główny Lekarz Weterynarii, Wielkopolski Wojewódzki Lekarz Weterynarii, Powiatowy Lekarz Weterynarii w Kaliszu. Na stronie internetowej Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Kaliszu znajdują Państwo szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych - www.bip.piwkalisz.pl