

.....
(miejsowość).....
(data).....
(Nazwa lub imię i nazwisko).....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer).....
(PESEL).....
(NIP).....
(nr telefonu).....
(adres EMAIL)

**Do Powiatowego Lekarza
Weterynarii w Kaliszu**

**W N I O S E K
o zatwierdzenie działalności**

Zwracam się z prośbą o zatwierdzenie działalności polegającej na :

.....
.....
(nazwa podmiotu wg KRS lub wpisu do rejestru działalności gospodarczej)

zlokalizowanej
(adres: miejscowość, ulica, nr, kod pocztowy)

będącej własnością:
(imię, nazwisko / właściciel w/g KRS lub wpisu do działalności gospodarczej)

gatunki zwierząt:

wielkość produkcji:

.....
(czytelny podpis)

W załączeniu:

- 1) opłata skarbową – 10,00 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