

....., .....  
 (miejsowość) (data)

.....  
 (Imię i nazwisko/Nazwa)

.....

.....  
 (adres zamieszkania/siedziby)

.....  
 (PESEL/REGON)

.....  
 (NIP/KRS/nr ewiden. gospod.rolnych)

.....  
 (nr telefonu)

.....  
 (e-mail)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
 w Kaliszu**

**WNIOSEK O ZATWIERDZENIE ZAKŁADU**

Zwracam się z prośbą o zatwierdzenie zakładu .....

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

zlokalizowanego .....  
 (adres: miejscowość, ulica, nr, kod pocztowy)

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

w którym ma być prowadzona działalność w zakresie:  
 .....  
 .....  
 .....

rodzaj produktów: .....

.....

.....

gatunki zwierząt: .....

wielkość produkcji: .....

.....

.....

zakład zamierza / nie zamierza\* korzystać z krajowych środków dostosowujących, o których mowa w art. 13 ust. 3 rozporządzenia nr 852/2004 lub w art. 10 ust. 3 rozporządzenia (WE) 853/2004.

Decyzję:

- proszę wysłać pocztą na adres .....

- odbiorę osobiście.

.....  
(czytelny podpis)

W załączeniu:

1. Dowód opłaty - rozporz. MRiRW z 29.07.2022 r.(D.U.2022, poz.1672) zał.1, poz.33 (wpłata na konto: **19 1010 1469 0067 2522 3100 0000**)
  - \* poz.33.1-4: rzeźnia, zakład rozbioru, przetwórstwo mięsa, prod. surowych wyrobów mięsnych, mom, żelatyny, kolagenu, zakład rybny – 1088,82 PLN,
  - \* poz.33.5: zakład inny niż określony w pkt 1-4 – 366,66 PLN;
2. Dowód opłaty skarbowej – 10,00 PLN (wpłata na konto UM w Kaliszu: **55 1090 1128 0000 0001 5108 9163**).

(\* niepotrzebne skreślić)