

.....,

(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 ZMIANĘ DECYZJI

Zwracam się z prośbą o zmianę decyzji zatwierdzającej / rejestrującej* zakład:

.....

.....

(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 jest prowadzona działalność w zakresie:

.....

.....

Zmiana dotyczy:

zakresu produkcji:

.....

.....

.....

gatunków zwierząt:

tygodniowej wielkości produkcyjnej:.....

.....

Zmiana wpływa / nie wpływa* na strukturę i wyposażenie zakładu

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 skarbowej – 10,00 PLN (wpłata na konto UM w Kaliszu: **55 1090 1128 0000 0001 5108 9163**).

(* niepotrzebne skreślić)