………………..dnia…………….

**Wniosek do Powiatowego Lekarza Weterynarii w Kluczborku**

**- o stwierdzenie spełnienia wymagań weterynaryjnych\***

**- o wpis do rejestru podmiotów nadzorowanych\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko |  |
| Miejsce zamieszkania |  |
| Adres prowadzenia działalności |  |
| Telefon/e-mail |  |
| 2. | Nazwa podmiotu |  |
| Siedziba podmiotu |  |
| PESEL |  |
| REGON |  |
| Adres prowadzenia działalności |  |
| Telefon/e-mail |  |
| **3.** | Określenie rodzaju i zakresu działalności nadzorowanej, którą wnioskodawca zamierza prowadzić ( zgodnie z art.1 pkt1 ustawy o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt) | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Określenie lokalizacji obiektów budowlanych i miejsc, w których ma być prowadzona działalność nadzorowana: | |
|  | |
| **5** | Planowany czas prowadzenia działalności, w tym datę rozpoczęcia działalności : |  |

**\***Niepotrzebne skreślić

……………………………………………………………………

*podpis wnioskodawcy*