

.....  
pieczęć firmy

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Ożarowie Mazowieckim**

**Wniosek**

Zwracam się z wnioskiem o wystawienie wewnątrzunijnego świadectwa zdrowia dla ..... szt.  
.....z przeznaczeniem: na rzeź / do hodowli / inne (jakie?).....  
(podać liczbę i gatunek zwierząt) ..... *niepotrzebne skreślić*

**Nadawca**

Nazwa:.....  
Adres (miejscowość, ulica, nr) ..... kod poczt. .... poczta.....  
Nr identyfikacji wet. .... Rodzaj firmy .....

**Miejsce pochodzenia/gromadzenia** (jeśli inne niż **nadawca**)

Nazwa:.....  
Adres (miejscowość, ulica, nr) ..... kod poczt. .... poczta.....  
Nr identyfikacji wet. .... Rodzaj firmy .....

**Pośrednik** (jeśli występuje)

Nazwa:.....  
Adres (miejscowość, ulica, nr) ..... kod poczt. .... poczta.....  
Nr identyfikacji wet. .... kraj.....

**Miejsce załadunku**

Nazwa:.....  
Adres (miejscowość, ulica, nr) ..... kod poczt. .... poczta.....  
Nr identyfikacji wet. .... Rodzaj firmy .....

**Odbiorca**

Nazwa:.....  
Adres (miejscowość, ulica, nr) ..... kod poczt. .... poczta.....  
Nr identyfikacji wet. .... Rodzaj firmy ..... kraj.....

**Miejsce przeznaczenia** (jeśli inne niż **odbiorca**)

Nazwa:.....  
Adres (miejscowość, ulica, nr) .....  
kod pocztowy ..... poczta.....  
Nr identyfikacji wet. .... Rodzaj firmy ..... kraj.....

**Przewoźnik**

Nazwa:.....  
Adres (miejscowość, ulica, nr) ..... kod poczt. .... poczta.....  
Nr camionu / numer kontenera.....  
Odpowiedzialny za transport / kierowca .....  
Nr decyzji Pow. Lek. Wet. dopuszczający camion do przewozu zwierząt .....

**Trasa przejazdu**

Kraje członkowskie UE..... kraje trzecie..... PKG .....

Data i godz. wyjazdu ..... Przewidywany czas przewozu w godz. ....

**Punkty odpoczynku, karmienia i pojenia**

Nazwa .....  
kod pocztowy .....poczta.....kraj .....Data i godz. ....

.....  
podpis i pieczęć składającego wniosek

## Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. Złożenie wypełnionego wniosku jest równoznaczne ze zgodą na przetwarzanie przez Administratora tj. Powiatowego Lekarza Weterynarii w Ożarowie Mazowieckim, ul. Poznańska 129/133, 05-850 Ożarów Mazowiecki danych osobowych zawartych we wniosku w załatwieniu sprawy, której wniosek dotyczy.

2. Nie podanie wymaganych danych osobowych będzie skutkowało niemożliwością realizacji sprawy, której wniosek dotyczy.

3. Dane osobowe są podawane dobrowolnie i są one zgodne z prawdą. W przypadku zmiany danych kontaktowych należy niezwłocznie poinformować Administratora o zmianie.

4. Przed złożeniem wniosku należy zapoznać się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści podanych danych i prawie ich poprawiania.

\*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na kontaktowanie się ze mną w sprawach związanych z realizacją wniosku na adres e-mail podany we wniosku, co pozwoli na przyspieszenie załatwienia sprawy, której dotyczy wniosek. Jestem świadomy, że przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody oraz prawo dokonania zmiany danych do kontaktu.

\*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na kontaktowanie się ze mną w sprawach związanych z realizacją wniosku na numer telefonu podany we wniosku, co pozwoli na przyspieszenie załatwienia sprawy, której wniosek dotyczy. Jestem świadomy, że przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody oraz prawo dokonania zmiany danych do kontaktu.

.....

Czytelny podpis