

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(Nr telefonu)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
Powiatu Warszawskiego Zachodniego z siedzibą w Ożarowie Mazowieckim**

**Wniosek o wystawienie świadectwa zdrowia**

Proszę o wystawienie świadectwa zdrowia dla ..... rasy.....

o numerze mikroczipu..... w związku z przemieszczeniem w celach niehandlowych

do .....

.....  
(podpis)

**Załączniki:**

- potwierdzenie opłaty
- ksero paszportu

**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 email

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