

.....
(miejsowość)

,
(data)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Ożarowie Mazowieckim**

WNIOSEK

O WYKREŚLENIE Z REJESTRU PODMIOTÓW NADZOROWANYCH

Działając w imieniu
(imię, nazwisko / nazwa wnioskodawcy)

.....
(adres / siedziba wnioskodawcy wg KRS lub CEiDG lub nr gospodarstwa w ewidencji gospodarstw)

.....
(numer w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym albo w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (NIP) albo numer identyfikacyjny w ewidencji gospodarstw rolnych w rozumieniu przepisów o krajowym systemie ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności – w przypadku pomieszczeń gospodarstwa, z wyłączeniem gospodarstw rybackich)

.....
(numer telefonu kontaktowego, e-mail)

wnoszę o wykreślenie z dniem z rejestru podmiotów nadzorowanych zakładu
zlokalizowanego pod adresem:

.....
(adres zakładu)

o weterynaryjny numerze identyfikacyjnym:

Powyższej działalności **nie zamierzam wznowić**.

.....
(podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby reprezentującej wnioskodawcę)

Załączniki do wniosku:

- Potwierdzenie opłaty skarbowej w wysokości 10 zł, wpłaconej na nr rachunku/ w kasie * Starostwa Powiatu
Warszawskiego Zachodniego **
- Pełnomocnictwo **

* Niepotrzebne skreślić
** Zaznaczyć, jeśli dotyczy

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)