

.....  
(miejscowość)

.....  
(data)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
w Ożarowie Mazowieckim**

**WNIOSEK  
O ZATWIERDZENIE PROJEKTU TECHNOLOGICZNEGO**

Na podstawie art. 19 ustawy z dnia 16 grudnia 2005 r. o produktach pochodzenia zwierzęcego (Dz. U. z 2020 r., poz. 1753, z późn. zm.):

.....  
(imię, nazwisko / nazwa zgodnie z KRS lub CEiDG)

.....  
(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)

**wnosi o zatwierdzenie projektu technologicznego zakładu zlokalizowanego pod adresem :**

.....  
.....  
(adres zakładu produkcyjnego)

**w którym ma być prowadzona działalność w zakresie :**

.....  
.....  
.....  
.....  
(zakres i rodzaj działalności; rodzaje produktów pochodzenia zwierzęcego, które mają być produkowane w tym zakładzie lub będą przedmiotem działalności; gatunki zwierząt)

**Tygodniowa wielkość produkcji :** .....

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

## Załączniki do wniosku:

- 2 jednobrzmiące egzemplarze projektu technologicznego zakładu z dnia .....
- Potwierdzenie opłaty wynikającej z Rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 29 lipca 2022 r. w sprawie stawek opłat za czynności wykonywane przez Inspekcję Weterynaryjną wpłaconej na nr rachunku Powiatowego Inspektoratu Weterynaryjnego Powiatu Warszawskiego Zachodniego
- Potwierdzenie opłaty skarbowej w wysokości 10 zł, wpłaconej na nr rachunku / w kasie \* Starostwa Powiatu Warszawskiego Zachodniego
- Pełnomocnictwo \*\*

## 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)

(\*) niepotrzebne skreślić

(\*\*) zaznaczyć jeśli dotyczy