

..... /

(miejscowość)

(data)

.....
(nazwa lub imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

.....
(adres e-mail)

**Do
Powiatowego Lekarza
Weterynarii
w Ożarowie Mazowieckim**

**WNIOSEK
o wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów paszowych**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia w sprawie wpisu do rejestru podmiotów paszowych nadzorowanych przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Ożarowie Mazowieckim oraz nadania weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego dla działalności podanej w Zgłoszeniu z dnia

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

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 załączeniu 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 i/lub numer telefonu 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.*

(*) niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)