

..... /

(miejsowość)

(data)

.....
(nazwa lub imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

.....
(adres e-mail)

**Do
Powiatowego Lekarza
Weterynarii
w Ożarowie Mazowieckim**

WNIOSEK
o wydanie zaświadczenia

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o spełnieniu wymagań weterynaryjnych dla środka transportu przeznaczonego **do przewozu pasz**:

.....
.....
.....

(rodzaj pasz)

Marka środka transportu :

Numer rejestracyjny :

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

1. potwierdzenie opłaty skarbowej w wysokości 17 zł, wpłaconej na nr rachunku/ w kasie Starostwa Powiatu Warszawskiego Zachodniego
2. kopia dowodu rejestracyjnego środka transportu

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.

(*) niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)