…… / ……
(miejscowość) *(data)*

……
(nazwa lub imię i nazwisko)

……
(adres)

……
(nr telefonu)

……
(adres e-mail)

Do
Powiatowego Lekarza
Weterynarii
w Ożarowie Mazowieckim

WNIOSEK
o wykreślenie z rejestru podmiotów nadzorowanych

Działając w imieniu:

……
(imię, nazwisko / nazwa zgodne z KRS lub CEiDG)

……

……
(*adres zamieszkania / siedziba wnioskodawcy wg KRS lub CEiDG lub nr gospodarstwa w ewidencji gospodarstw)*

wnoszę o wykreślenie z dniem :…….. z rejestru podmiotów nadzorowanych zakładu zlokalizowanego pod adresem:
……
O weterynaryjnym numerze identyfikacyjnym:……..
Powyższej działalności nie zamierzam wznowić.

Załączniki do wniosku:

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

☐ Pełnomocnictwo **

……
(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 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.*

*(*) niepotrzebne skreślić*
*(**) zaznaczyć, jeśli dotyczy*

……
(czytelny podpis wnioskodawcy)