

.....
Imię i nazwisko

..... dnia

.....
Adres do kontaktu

.....
telefon

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Szczecinku**

Proszę o skontrolowanie środka transportu drogowego -.....
numer rejestracyjny..... ,który będzie wykorzystywany w mojej firmie do
transportu zwierząt.....na odległość powyżej 50 km i w czasie do 8
godzin. Posiadam już zezwolenie dla przewoźnika NR..... z
dn.....

Administrator danych informuje, że wyrażona zgoda może być odwołana.

Zgodnie z,art.6 ust.1 lit.a, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27
kwietnia 2016 r.(RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Inspektorat Weterynarii
w Szczecinku,78-400 Szczecinek ul. Szczecińska 40 mojego numeru telefonu w celu ułatwienia
kontaktu.

Informacja dotycząca przetwarzania Pani/Pana danych znajduje się na stronie BIP i na tablicy
ogłoszeń Administratora (PIW).

.....
podpis