…….. dnia ……..

……..
Imię i nazwisko

…….
Adres zamieszkania/do korespondencji

……..
Telefon

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Szczecinku

Wniosek o wydanie zaświadczenie

Proszę o wydanie zaświadczenia, iż jestem zarejestrowany w Rejestrze Powiatowego Lekarza Weterynarii w Szczecinku, jako podmiot działający na rynku pasz zgodnie z Rozporządzeniem (WE) 183/2005.

W załączeniu opłata skarbowa w wysokości 17 zł

Pobrano opłatę skarbową zgodnie Ustawą o opłacie skarbowej

Nr konta Urzędu Miasta w Szczecinku 98856610420001225020000001

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 ……

M.N.