

....., dnia.....

.....

(imię, nazwisko, adres, nazwa, siedziba wnioskodawcy)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
w Szczecinku**

Zgodnie z art. 9 Rozporządzenia (WE) Nr 183/2005 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 stycznia 2005 r. ustanawiającego wymagania dotyczące higieny pasz zawiadamiam o zamknięciu zakładu

.....  
.....

(nazwa i adres przedsiębiorstwa)

i proszę o cofnięcie rejestracji zakładu w odniesieniu do prowadzonej działalności w zakresie

.....  
.....

(rodzaj i zakres prowadzonej działalności)

.....  
.....

(przyczyna zakończenia działalności)

Administrator danych informuje, że wyrażona zgoda może być odwołana.

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

.....

(podpis wnioskodawcy)