……………………………………….., ……………………………

*(miejscowość) (data)*

……………………………………………………………………

*(Imię i nazwisko/Nazwa)*

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

*(Adres zamieszkania/siedziby)*

……………………………………………………………………

*(REGON, jeśli został nadany/ PESEL w przypadku osoby fizycznej)*

…………………………………………………………………..

(numer w rejestrze przedsiębiorców KRS / NIP / nr identyfikacyjny

w ewidencji gospodarstw rolnych, z wyłączeniem gospodarstw rybackich)

……………………………………………………………………

*(Nr telefonu)*

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Wejherowie**

Zwracam się z prośbą o wpis do rejestru zakładu……………………………..…………………………………………………………………….

(nazwa podmiotu wg KRS lub wpisu do rejestru działalności gospodarczej)

zlokalizowanego w

(adres: miejscowość, ulica, nr, kod pocztowy)

będącego własnością:

(imię , nazwisko / właściciel w/g KRS lub wpisu do działalności gospodarczej)

w którym ma być prowadzona działalność: ……………………………………………………………………………………………………………

*(rodzaj działalności)*

rodzaj produktów pochodzenia zwierzęcego:

gatunki zwierząt:

wielkość produkcji:

Zakład zamierza / nie zamierza korzystać (niepotrzebne skreślić) z krajowych środków dostosowujących, o których mowa w art. 13 ust. 3 rozporządzenia nr 852/2004 lub w art. 10 ust. 3 rozporządzenia 853/2004, jakich: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W załączeniu:

1. Dowód wniesienia opłaty skarbowej tytułem wydania decyzji - 10,00 PLN
2. Dowód wniesienia opłaty za złożenie wniosku o zatwierdzenie działalności (Dz.U. 2022r. poz. 1672, zał. 1 pkt 33)

……………………………………………………………………………………..

(czytelny podpis)