

Konin, dnia

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
Koninie**

WNIOSEK O REJESTRACJE ZAKŁADU ZGODNIE Z

**Art.84 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/429 z dnia 9 marca 2016,
art. 57 Ustawy o Zdrowiu Zwierząt z dnia 21 listopada 2025 r oraz art. 2
Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2022/1345**

**Dane dotyczące prowadzonej działalności nadzorowanej- zakład utrzymujący zwierzęta
lądowe lub materiał biologiczny, które podmiot zamierza utrzymywać lub
przechowywać w zakładzie :**

1. **Imię (imiona) i nazwisko (nazwiska) lub nazwa podmiotu**

.....

2. **Adres zamieszkania podmiotu/ siedziba podmiotu**

.....

3. **Adres zakładu/gospodarstwa**

.....

4. **Numer PESEL (w przypadku podmiotu nieposiadającego numeru PESEL -
numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość) - dotyczy
również osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą i
osób fizycznych wspólników spółki cywilnej**

.....

5. **Numer NIP (jeśli taki numer został nadany)**

.....

6. **Położenie zakładu i opis jego obiektów- przepis wymaga opisu obiektów, a nie
tylko ich wyliczenia. Opis obiektów najlepiej złożyć w postaci załącznika do
wniosku, w przypadku, gdy przewidziane na wniosku miejsce na opis jest
niewystarczające.**

.....
.....
.....
.....
.....

7. **Kategorie, gatunki, liczbę lub ilości utrzymywanych zwierząt lądowych lub materiału biologicznego, które podmiot zamierza utrzymywać lub przetrzymywać w zakładzie**

.....
.....
.....

8. **Potencjał zakładu:**

9. **Rodzaj zakładu:**.....

10. **Położenie geograficzne zakładu z podaniem współrzędnych Systemu Informacji Geograficznej (GIS)**

11. **Okres, w którym utrzymywane zwierzęta lądowe lub jaja wylęgowe są trzymane w rejestrowanym zakładzie, jeżeli nie jest on stale zajęty, w tym zajęcie sezonowe lub zajęcie podczas określonych wydarzeń**

.....
12. **Inne kwestie dotyczące zakładu, które są istotne dla ustalenia stwarzanego przez niego ryzyka**
.....
.....

13. **Numer telefonu (jeśli posiada)**.....

14. **Adres do doręczeń (jeśli posiada)**.....

15. **Adres strony internetowej (jeśli posiada)**
.....

16. **Adres email (jeśli posiada)**
.....

17. **Adres do doręczeń elektronicznych podmiotu (jeśli posiada)**
.....

* niepotrzebne skreślić

.....
Podpis zgłaszającego

Chcę, aby Powiatowy Lekarz Weterynarii w Koninie kontaktował się ze mną za pośrednictwem numeru telefonu:..... i adresu e:mail:.....w kwestiach związanych z dotyczącą mnie sprawą i w tym celu dobrowolnie podaję swoje dane.

.....
podpis