…………………………………….… Limanowa, dnia……………...

 imię, nazwisko/nazwa podmiotu

…………………………………

 Adres

………………………………..

 PESEL

……………………...…………..

 NIP

………………………………..

 tel. , e-mail

 Powiatowy Lekarz Weterynarii

 w Limanowej

**Wniosek o zarejestrowanie/zatwierdzenie\* działalności nadzorowanej**

 Uprzejmie proszę o zarejestrowanie/zatwierdzenie\* z dniem ………………. działalności nadzorowanej związanej z …..…………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………..

( określić rodzaj działalności nadzorowanej, gatunki zwierząt)

prowadzonej w…………………………………………………………………………………. ( adres obiektu )

…………………………………………………………………………………………………...

Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu / podpisywania protokołu kontroli :

…………………………………………..

 …………………………………………….

 Data i podpis składającego wniosek - imię i nazwisko

Załącznik : dokument poświadczający prowadzenie działalności (CEIDG lub KRS)

**W przypadku zarejestrowania działalności nadzorowanej związanej z nadaniem weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego lub zatwierdzeniem podmiotu obowiązuje opłata skarbowa za wydanie decyzji w wysokości 10 zł wpłacona w kasie PIW w Limanowej**

\* Właściwe podkreślić