…………………………………….… 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