

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres gospodarstwa)

.....
(numer siedziby stada)

.....
(nr telefonu)

.....
(NIP lub PESEL lub inny dokument potwierdzający tożsamość)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Obornikach
ul. Łopatyńskiego 1
64-600 Oborniki**

W związku z nałożonym obowiązkiem wynikającym z ustawy z dnia 21 listopada 2025 r. o zdrowiu zwierząt przekazuję następujące informacje:

1. Położenie zakładu (szerokość i długość geograficzna):
2. Opis obiektów (np. liczba budynków, miejsce przechowywania zboża/paszy, ogrodzenie):
.....
.....
3. Gatunki, kategorie oraz liczba lub ilość utrzymywanych zwierząt lub materiału biologicznego:
.....
.....
4. Rodzaj prowadzonej działalności, gatunki, kategorie oraz liczba lub ilość utrzymywanych zwierząt, użytek własny/komercyjny:
5. Potencjał zakładu (np. maksymalna obsada):
6. Inne istotne informacje z punktu widzenia ryzyka jakie stwarza dany zakład (np. informacje o innych działalnościach prowadzonych na terenie gospodarstwa, przemieszczanie zwierząt lub produktów z zakładu:
7. Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres gospodarstwa) / adres poczty elektronicznej / adres do e-doręczeń:
8. Numer WNI jeśli był uprzednio nadany:

.....
(podpis)

Zgodnie z artykułem 84 ust. 2 rozporządzenia 2016/429 w sprawie przenośnych chorób zwierząt oraz zmieniające i uchylające niektóre akty w dziedzinie zdrowia zwierząt ("Prawo o zdrowiu zwierząt"):

2. Podmioty prowadzące zakłady, o których mowa w ust. 1, powiadamiają właściwy organ o:

- a) wszelkich zmianach w danym zakładzie dotyczących kwestii, o których mowa w ust. 1 lit. b;
- b) każdym zaprzestaniu działalności przez dany podmiot lub zakład.

.....
(data i czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w celach rejestracji.

.....
(data i czytelny podpis)