……………………………………………………………

…………………………………………………………

 Imię i nazwisko

………………………………………………………

……………………………………………………..

Adres

……………………………………………………..

Nr telefonu

 **Powiatowy Lekarz Weterynarii w Koninie**

Zwracam się z prośbą o przeprowadzenie kontroli IRZ w moim gospodarstwie o numerze

PL w celu wyjaśnienia niespójności dotyczących sztuk bydła o numerach

identyfikacyjnych:

1

2

3

4

5

 ………………………………………………

 Podpis

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

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż współadministratorami Państwa danych osobowych są: Główny Lekarz Weterynarii, Wielkopolski Wojewódzki Lekarz Weterynarii, Powiatowy Lekarz Weterynarii w Koninie. Na stronie internetowej Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Koninie znajdą Państwo szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych- www.piwkonin.pl