..………………….. dnia ……..................

 **Powiatowy Lekarz Weterynarii**

 **w Koninie**

**W N I O S E K**

**o rejestrację przedsiębiorstwa produkcji sektora akwakultury**

**Podmioty, występując z wnioskiem o rejestrację ich zakładu zgodnie z art. 173, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/429, przekazują właściwemu organowi następujące informacje:**

1. Imię i nazwisko, numer PESEL (w przypadku braku nr PESEL, nr dokumentu potwierdzającego tożsamość), adres podmiotu i adres siedziby LUB nazwę i adres podmiotu , nr NIP, REGON (jeśli został nadany), adres siedziby:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Położenie danego zakładu i opis jego obiektów:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Gatunki, kategorie i ilość (liczbę, objętość lub wagę) zwierząt akwakultury, zamierzają utrzymywać w zakładzie akwakultury oraz potencjał zakładu akwakultury:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Rodzaj zakładu akwakultury:

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

1. Inne kwestie dotyczące zakładu, które są istotne dla ustalenia stwarzanego przez ten zakład ryzyka:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. W przypadku rejestracji grupy zakładów akwakultury, szczegółowe informacje

wykazujące, że dana grupa spełnia warunki określone w art. 172 ust. 4:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………

 Podpis osoby upoważnionej

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