

Data.....

.....  
(imię i nazwisko lub nazwa wnioskodawcy)

.....

.....  
(adres zamieszkania lub siedziba wnioskodawcy)

.....

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Koninie

**WNIOSEK**

Wnoszę o wydanie decyzji nadającej niepowtarzalny numer rejestracyjny zgodnie z art. 93 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/429 z dnia 9 marca 2016 roku w sprawie przenośnych chorób zwierząt oraz zmieniające i uchylające niektóre akty w dziedzinie zdrowia zwierząt „Prawo o zdrowiu zwierząt” dla zakładu należącego do mnie, zlokalizowanego (miejsce zimowli):

.....  
w którym utrzymuję pszczoły miodne.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Decyzję:

Proszę wysłać pocztą na adres .....

Odbiorę osobiście w siedzibie PIW Konin

\*Wydanie decyzji wiąże się z opłatą skarbową, którą należy uiścić na konto:

Urząd Miejski w Koninie:

Opłata skarbowa w wysokości 10 zł

nr rach. : Getin Noble Bank S.A, 67 1560 0013 2015 2804 6127 0034

tytułem: wydanie decyzji weterynaryjnej

Potwierdzenie dokonania przelewu należy złożyć wraz z wnioskiem.

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)