

.....  
*(imię i nazwisko/Nazwa)*

....., .....  
*(miejscowość)*

*(data)*

.....  
*(adres zamieszkania/siedziby)*

.....  
*(NIP/KRS)*

.....  
*(PESEL)*

.....  
*(nr telefonu)*

**Do**

**Powiatowego Lekarza**

**Weterynarii w Pleszewie**

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ W  
 ZAKRESIE POŚREDNICTWA W OBROTCIE, BEZ MAGAZYNOWANIA, PRODUKTAMI  
 SPOŻYWCZYMI POCHODZENIA ZWIERZĘCEGO**

Zwracam się z prośbą o wpis do rejestru zakładu .....

.....  
*(nazwa podmiotu wg KRS lub wpisu do rejestru działalności gospodarczej)*

zlokalizowanego .....

*(adres: miejscowość, ulica, nr, kod pocztowy)*

będącego własnością: .....

*(imię, nazwisko / właściciel w/g KRS lub wpisu do działalności gospodarczej)*

w którym ma być prowadzona działalność w zakresie pośrednictwa w obrocie, bez magazynowania, produktami spożywczymi pochodzenia zwierzęcego: \*

Mięso: chłodzone, głęboko mrożone

wieprzowe / wołowe / drobiowe / zwierząt dzikich / inne..... \*\*

produkty mięsne

- ryby i produkty rybne
- jaja i produkty jajczarskie
- mleko
- produkty mleczarskie
- produkty złożone: .....
- inne.....

## Decyzję:

- proszę wysłać pocztą na adres .....
- odbiorę osobiście.

.....  
(czytelny podpis)

## W załączeniu:

1. opłata skarbową – 10,00 PLN

\* właściwe zaznaczyć

\*\* niepotrzebne skreślić