…… ……, ……
(miejscowość) *(data)*

……
(Nazwa lub imię i nazwisko)

……

……
(adres prowadzenia działalności)

……
(WNI / NIP)

……
(nr telefonu)

Do

Powiatowego Lekarza

Weterynarii w Pleszewie

W N I O S E K

Zwracam się z prośbą o kontrolę środka transportu (rodzaj)…….. o nr rejestracyjnym ……, należącego do firmy:

……

……,

prowadzącej działalność w zakresie transportu zwierząt.

1. Czas transportu:

   ☐ do 8 godzin ☐ powyżej 8 godzin

2. Gatunek zwierząt: …….

3. Sposób transportu: (np. w klatkach): …….

……
(czytelny podpis wnioskodawcy)

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 Pleszewie. Na stronie internetowej Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Pleszewie znajdą Państwo szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych - www.bip.piwpleszew.pl