Z G Ł O S Z E N I E

do Powiatowego Lekarza Weterynarii

podmiotu działającego na rynku pasz zgodnie z wymogami Rozporządzenia Nr 183/2005 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 stycznia 2005 r. ustanawiającego wymagania dotyczące higieny pasz

1. Dane identyfikacyjne podmiotu działającego na rynku pasz:

a) imię, nazwisko i adres …….

…….....

b) nazwa i adres przedsiębiorstwa paszowego…….

……...

c) numer NIP lub REGON * ……...

2. Zakres wykonywanej działalności **):

☐ **-wytwarzanie produktów rolnych, w tym ich uprawa, zbiór, przechowywanie, przetwarzanie, transport lub ich wprowadzenie na rynek**

☐ **-wytwarzanie, przechowywanie pasz, w tym mieszanek paszowych lub ich wprowadzenie na rynek**

☐ **-transport lub przechowywanie lub przeładunek produktów rolnych lub pasz, w tym mieszanek paszowych**

☐ -

☐ -

…….. **…….**

Miejscowość i data Podpis zgłaszającego

*) - niepotrzebne skreślić
**) - wstawić znak „x” w przypadku prowadzenia działalności

.....
(miejscowość, data)

Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Gryfinie

Proszę o wpisanie do rejestru, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006r. o paszach (Dz.U.2023.1149 t.j.), zgodnie z podanymi poniżej danymi:

1. Imię, nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo nazwa, siedziba i adres wnioskodawcy:

.....

.....

.....

2. Numer w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym *albo* w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, *albo* numer identyfikacyjny w ewidencji gospodarstw rolnych w rozumieniu przepisów o krajowym systemie ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności, o ile taki numer posiada:

.....

.....

3. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) lub numer identyfikacyjny REGON *albo* numer identyfikacji podatkowej nadany w kraju pochodzenia wnioskodawcy - w przypadku gdy wnioskodawca nie posiada obywatelstwa polskiego:

.....

.....

4. Rodzaj i zakres działalności, która ma być wykonywana (z określeniem działalności głównej):

.....

.....

5. Lokalizacja zakładu, w którym ma być wykonywana działalność:

.....

.....

6. Data rozpoczęcia działalności w zakresie określonym powyżej:

.....

.....

7. Podmiot *prowadzi / nie prowadzi*[1] na terenie powiatu gryfińskiego hodowlę lub chów zwierząt gospodarskich (włączając gospodarstwa rybne).
8. Numer telefonu:…….

.....
miejscowość, data, czytelny podpis wnioskodawcy

[1] *niepotrzebne skreślić*