................................ , ………………..

(miejscowość i data)

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Wieliczce

**Wniosek o rejestrację zakładu prowadzącego hodowlę psów/ kotów/ fretek**

1. Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania / nazwa, siedziba i adres podmiotu

……………………………………………………………………………………………

**Nr telefonu oraz adres e-mail:**

……………………………………………………………………………………………

1. Lokalizacja zakładu

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

1. Opis obiektów w których będzie prowadzona działalność

……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. Planowany czas prowadzenia działalności

………………………………………………………………………………………………

1. Rodzaj i zakres działalności ( wskazanie gatunków oraz ras zwierząt)

……………………………………………………………………………………………

1. Kategoria zwierząt objętych działalnością (w tym wskazanie liczby zwierząt biorących udział  
   w reprodukcji i ich potomstwa)

………………………………………………………………………………………………

1. Liczba miotów w ciągu roku

………………………………………………………………………………………………

1. Miejsce pochodzenia zwierząt:  
    - własna hodowla □

- zakupione (podać dane)

………………………………………………………………………………………………

1. Imię i nazwisko lekarza weterynarii obejmującego hodowle stałą opieką lekarsko-weterynaryjną oraz adres lecznicy

………………………………………………………………………………………………

1. Data ostatniego badania zwierząt przez lekarza weterynarii

………………………………………………………………………………………………

1. Daty ostatniego szczepienia przeciwko wściekliźnie każdego ze zwierząt

………………………………………………………………………………………………

1. Daty podania środka przeciwpasożytniczego każdemu ze zwierząt

…………………………………………………………………………………………

Zał.

* Potwierdzenie opłaty skarbowej 17 zł za wydanie zaświadczenia na konto: Małopolski Bank Spółdzielczy w Wieliczce, nr konta 20 8619 0006 0010 0200 4705 0002
* Potwierdzenie przynależności do ogólnokrajowej organizacji społecznej, której

statutowym celem jest działalność związana z hodowlą rasowych psów i kotów

**Pouczenie**

Podmiot prowadzący działalność nadzorowaną informuje, w formie pisemnej, powiatowego lekarza weterynarii o zaprzestaniu prowadzenia określonego rodzaju działalności nadzorowanej, a także o każdej zmianie stanu prawnego lub faktycznego związanego z prowadzeniem tej działalności, w zakresie dotyczącym wymagań weterynaryjnych, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia takiego zdarzenia

*Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:*

*1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Wieliczce, ul. Niepołomska 26G, 32-020 Wieliczka reprezentowany przez powiatowego lekarza weterynarii.*

*2. W sprawach dot. przetwarza danych osobowych można kontaktować się poprzez   
e-mail: sekretariat@piwwieliczka.pl*

*3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. I lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - w szczególności w celu realizacji ustawowych zadań Inspekcji Weterynaryjnej;*

*4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.*

*5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa.*

*6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu dodanych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.*

*7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skarg i do organu nadzorczego.*

*8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem Inspekcji Weterynaryjnej jest obligatoryjne.*

…………………………………………

(podpis właściciela/ osoby reprezentującej)