……………….…………………………dn…………………………..

(miejscowość ) (data)

......................................................................

………………………………………………………….

………………………………………………………….

………………………………………………………….

………………………………………………………….

(Imię, nazwisko, adres zamieszkania /lub nazwa,

siedziba i adres wnioskodawcy,

numer w KRS lub CEiDG, NIP lub REGON,

numer telefonu kontaktowego)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Pruszczu Gdańskim**

Zwracam się z prośbą o **zatwierdzenie zakładu,** przeprowadzenie kontroli zatwierdzającej **oraz nadanie weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego** w zakresie działalności:

…………………………………………………………………………………….…………….……………………………………………………………………… (rodzaj i zakres działalności , rodzaj produktów)

**Miejsce prowadzenia działalności:**

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

(lokalizacja-adres faktycznego prowadzenia działalności)

………………………………

(podpis wnioskodawcy)

**Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie opłaty skarbowej za wydanie decyzji w kwocie 10 zł, wniesionej na rachunek Urzędu Miasta w Pruszczu Gdańskim ul. Grunwaldzka 20, 83-000 Pruszcz Gdański, nr konta: 94 8335 00030121 1827 2000 0007 Bank Spółdzielczy w Pruszczu Gdańskim.**