

.....dnia

(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 **rejestrację/zatwierdzenie*** **zakładu oraz nadanie weterynaryjnego numeru identyfikacyjnego** w zakresie działalności:

.....
..... (rodzaj i zakres działalności)

**Rodzaj produktów ubocznych pochodzenia zwierzęcego/produktów
pochodnych będących przedmiotem działalności to:**
.....
..... kategorii 1/2/3*.

Miejsce prowadzenia działalności:

.....
.....

(lokalizacja-adres faktycznego prowadzenia działalności)

*właściwe zaznaczyć

.....

(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.