**Z G Ł O S Z E N I E/ OŚWIADCZENIE**

do Powiatowego Lekarza Weterynarii w Krakowie

**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**

**\*Wniosek o wydanie zaświadczenia potwierdzającego wpis podmiotu do rejestru podmiotów paszowych Powiatowego Lekarza Weterynarii w Krakowie.**

**1. Dane identyfikacyjne podmiotu działającego na rynku pasz:**

a) imię, nazwisko i adres …………………………………………………………………. ……………….………………………………………………………………………………......

b) nazwa i adres przedsiębiorstwa paszowego……………………………………………. …………………………………………………………………………………………………...

c) numer NIP lub REGON \* ……………………………………………………………...

d) numer gospodarstwa …………………………………………………………………..

e) numer telefonu………………………………………………………………………….

**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**

􀁆**- utrzymywanie zwierząt gospodarskich, których mięso lub produkty jest wprowadzane**

 **na rynek**

􀁆**- inne –** ………………………………………………………………………………………….

**3. Ja niżej podpisany i występujący w imieniu przedsiębiorstwa paszowego, wymienionego w pkt. 1 lit. b, prowadzącego działalność w zakresie wymienionym w pkt. 2, oświadczam, że przedsiębiorstwo wymienione w pkt. 1 lit. b spełnia wymogi nałożone przepisami rozporządzenia Nr 183/2005 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 stycznia 2005 r. *ustanawiającego wymagania dotyczące higieny pasz* w zakresie odpowiadającym rodzajowi prowadzonej działalności.**

**……………………………….. ……………………………….**

 *Miejscowość i data,* *Podpis zgłaszającego*

\*) - niepotrzebne skreślić

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku, w celach związanych
z wydaniem zaświadczenia.

 ……………………………………

 *data i podpis wnioskodawcy*