

.....
(Imię i nazwisko osoby zgłaszającej)

.....
(Nr PESEL)

.....
(Adres)

Tel.:

Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Augustowie

ZGŁOSZENIE

Zgłaszam działalność w zakresie:

.....
.....
.....
Powyższa działalność prowadzona jest na terenie:

.....
.....
.....
(adres prowadzenia działalności oraz zasięg terytorialny)

W godzinach: *

*jeśli nie dotyczy wpisać „nie dotyczy”

.....
/miejscowość, data/

.....
/czytelny podpis Wnioskodawcy/

Wykaz załączników:

1.
2.
3.
4.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) - c) RODO w celu i zakresie niezbędnym do realizacji zgłoszenia / wniosku.

Podanie danych w formularzu jest dobrowolne ale niezbędne do realizacji zgłoszenia / wniosku. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania