Wnioskodawca

Augustów dn. ……

……
(imię / imiona) i nazwisko wnioskodawcy)

……
(Nr PESEL)

……

……
(adres składającego wniosek, adres firmy)

……
(nr telefonu)

……
(NIP / REGON)

Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Augustowie

WNIOSEK

Uprzejmie proszę o wydanie zaświadczenia potwierdzenia wpisu do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii środka transportu drogowego do 8 godzin o numerze rejestracyjnym ……. służącego do transportu zwierząt z gatunku bydło . Posiadam zezwolenie dla przewoźnika ważne do dnia ……..

…… ……

Miejscowość i data

Podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu na 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.