…….................. dnia .......................

.........................................
.........................................
(imię, nazwisko, adres)

NIP……………………………

PESEL………………………
nr tel................................

e-mail…………………………

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Mińsku Mazowieckim**

ZGŁOSZENIE

Na podstawie *art. 84 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/429 z dnia 09 marca 2016r. w sprawie przenośnych chorób zwierząt (Dz.U.UE.L.2016.84.1 z dnia 2016.03.31) oraz art. 5 ust. 1, pkt 2 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz.U.2020.1421 t.j. z dnia 2020.08.20) zgłaszam zamiar prowadzenia działalności nadzorowanej w zakresie prowadzenia punktu kopulacyjnego dla klaczy.*

*Imię i nazwisko, PESEL lub nazwa podmiotu:*

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

*Miejsce zamieszkania i adres lub nazwa, numer identyfikacji podatkowej (NIP),
jeżeli numer taki został nadany, siedziba i adres podmiotu:*...............................................................................................................................................................................................................................................................

*Określenie rodzaju i zakresu prowadzenia działalności nadzorowanej:*

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

*Określenie lokalizacji obiektów budowlanych i miejsc, gdzie będzie prowadzona działalność nadzorowana*:

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

*Planowany czas prowadzenia działalności:*............................................................. *Telefon kontaktowy:* ................................................................................................

*.....................................
(podpis zgłaszającego)*

 *\*właściwe podkreślić*

*Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:*

*1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Mińsku Mazowieckim, ul. Szczecińska 8, reprezentowany przez powiatowego lekarza weterynarii.*

*2. W sprawach dot. przetwarza danych osobowych można kontaktować się poprzez e-mail minskmazowiecki.piw@wetgiw.gov.pl*

*3. Pani/Pana Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. I lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - w szczególności w celu realizacji ustawowych zadań Inspekcji Weterynaryjnej;*

*4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.*

*5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa.*

*6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu dodanych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.*

*7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skarg i do organu nadzorczego.*

*8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem Inspekcji Weterynaryjnej jest obligatoryjne.*