

.....  
Miejscowość      dnia

.....  
*imię, nazwisko*

.....  
*miejsce zamieszkania*

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
W Myszkowie**

**Wniosek o wpis do rejestru zakładów  
prowadzących sprzedaż bezpośrednią**

Proszę o wpis do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Myszkowie i nadanie Weterynaryjnego Numeru Identyfikacyjnego dla działalności polegającej na:

- *określić rodzaj i zakres działalności, która ma być prowadzona, w tym rodzaj produktów pochodzenia zwierzęcego, które mają być produkowane w tym zakładzie):.....  
.....  
.....  
.....*
- *określić lokalizację zakładu (miejsca), w którym ma być prowadzona działalność:.....  
.....  
.....*
- *Podać numer w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym albo w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo numer identyfikacyjny w ewidencji gospodarstw rolnych (jeśli*

dotyczy).....

- wskazać, czy zakład zamierza korzystać z krajowych środków dostosowujących, o których mowa w art. 10 ust. 3 rozporządzenia nr 853/2004.

TAK / NIE\*

**\*niepotrzebne skreślić**

**W załączeniu:**

1. dowód opłaty skarbowej za wydanie decyzji zatwierdzającej projekt i nadającej numer 10 zł

**Data i Podpis**

.....