……….........…………..., dnia………..…………

………………………………………………………………………

Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu

……………………………………………………………………..

Adres zamieszkania lub siedziby podmiotu

……………………………………………………………………..

Kod pocztowy, poczta

…………………………………………………………………..

Numer PESEL (w przypadku osób fizycznych) lub NIP

…………………………………………………………………..

Numer REGON (o ile został nadany)

……………………………………………………………………

numer telefonu/ e-mail

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Częstochowie**

**Zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. *o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt* informuję o:**

Zmianie adresu siedziby podmiotu, danych kontaktowych: ………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….

Zmianie nazwy podmiotu: …………………………………………………………………………

Zmianie adresu prowadzenia działalności nadzorowanej: …………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………….

Zmianie profilu działalności nadzorowanej: ……………………………………………………

Zmianie utrzymywanych gatunków: …………………………………………………………….

Zmianie liczebności utrzymywanych gatunków: ………………………………………………

Inne (wskazać jakie): ………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………….

**Zaznaczyć, jeśli dotyczy:**

W związku z powyższym proszę również o zmianę decyzji administracyjnej wydanej

w dniu …………………………… znak/numer decyzji …………………………………………………….

w w/w zakresie z ………………………………………………………………………………………………

na ……………………………………………………………………………………………………….………….

……………………………

Podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. Potwierdzenie uiszczenia opłaty skarbowej od wydania decyzji - 10 zł wpłacone na rachunek bankowy Urzędu Miasta Częstochowy nr 12 1030 1986 7261 0000 0002 9020 (jeżeli dotyczy)