……….........…………..., 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

……………………………………………………………………

WNI/ numer siedziby stada

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Częstochowie**

**Wniosek**

Zwracam się z wnioskiem o wydanie zaświadczenia, że:

[ ]  prowadzona przeze mnie działalność …………………………………………………. znajduje się pod nadzorem Powiatowego Lekarza Weterynarii w Częstochowie

[ ]  prowadzone przeze mnie gospodarstwo utrzymujące …………………………………… posiada status urzędowo wolnego od chorób zakaźnych zwierząt …………………………………………………………………………

[ ]  teren powiatu częstochowskiego, miejscowość ……………………….., moje gospodarstwo ………………………………………… nie jest objęty żadnym zakazem lub ograniczeniem spowodowanym wystąpieniem choroby podlegającej obowiązkowi zwalczania i zgłaszania

[ ]  inne (wymienić): ……………………………………………………………………………

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

 Zaświadczenie jest mi potrzebne w celu ...............................................................

……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………..

 podpis

Załączniki:

1. Potwierdzenie uiszczenia opłaty skarbowej od wydania zaświadczenia 17 zł na rachunek bankowy Urzędu Miasta Częstochowy nr 12 1030 1986 7261 0000 0002 9020

**POUCZENIE**

* Organ administracji publicznej wydaje zaświadczenie na żądanie osoby ubiegającej się o zaświadczenie.
* Zaświadczenie powinno być wydane bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie siedmiu dni.