

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość i data

.....

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer producenta ARiMR

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Sokółce
ul. 3 Maja 13, 16-100 Sokółka**

.....
Tel. Kontaktowy

.....
Adres email lub adres do e-doręczeń

.....
PESEL

.....
NIP

AKTUALIZACJA DANYCH DZIAŁALNOŚCI NADZOROWANEJ

Zgodnie z 142-144 ustawy z dnia 21 listopada 2025 r. o zdrowiu zwierząt (Dz. U. z 2025r., poz. 1795) przekazuję informacje dotyczące prowadzonej przeze mnie działalności nadzorowanej przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Sokółce związanej z

.....
Podać rodzaj działalności nadzorowanej

Adres prowadzenia działalności

.....

Współrzędne geograficzne zakładu:

- szerokość geograficzna

- długość geograficzna

Gatunki, liczba/ilość utrzymywanych zwierząt

.....

Potencjał zakładu (np. maksymalna obsada)

Opis obiektów

Inne informacje dotyczące zakładu, które są istotne dla ustalenia stwarzanego przez niego ryzyka (np. informacje o przemieszczaniu zwierząt lub produktów z zakładu do innych państw członkowskich, prowadzenie kilku działalności w podmiocie, sąsiedztwo innych zakładów itp.)

.....

.....

.....

Prowadzenie innej działalności rejestrowanej wskazać jakiej

.....

.....

.....

Czytelny podpis

Załączniki:

Potwierdzenie dokonania opłaty skarbowej 10 zł za wydanie decyzji płatne – na numer konta:

26 1240 5211 1111 0010 8700 6473 Urząd Miejski w Sokółce
bądź bezpośrednio w kasie Urzędu Miejskiego w Sokółce