…………………………………… Mrągowo, dnia……………………..

……………………………………

…………………………………..

Tel………………………………

  **Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Mrągowie**

 **WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia potwierdzającego wpis pasieki do rejestru podmiotów nadzorowanych, prowadzonego przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Mrągowie w ilości ………….. rodzin pszczelich.

Jednocześnie oświadczam że na dzień dzisiejszy posiadam ……..….. rodzin pszczelich.

Zaświadczenie jest wymagane w związku z Programem dofinansowania do przezimowanych rodzin pszczelich realizowanym przez Agencję Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa.

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………….

czytelny podpis

**Klauzula informacyjna zgodna z RODO**

Informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Lekarz Weterynarii w Mrągowie z siedzibą przy ul. Rynkowej 1C, 11-700 Mrągowo,
2. dane kontaktowe inspektora danych osobowych: iod@dpexpert.eu lub tel. 535 103 392
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Powiatowym Lekarzu Weterynarii
4. podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są obowiązujące przepisy prawa,
5. posiada Pani/Pan prawo do:
* żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
* wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
* przenoszenia danych,
* wniesienia skargi do organu nadzorczego,
* cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem,
* przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
1. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny, wynikający z nadzoru Powiatowego Lekarza Weterynarii
w Mrągowie nad prowadzoną działalnością.

Data …………………………………………. ………………………………………….

czytelny podpis

Wyrażam/nie wyrażam zgodę/y na kontakt telefoniczny pracowników PIW w Mrągowie na podany przeze mnie powyżej numer telefonu.

 ………………………………………….

czytelny podpis