Bystrzyca Kłodzka, dnia……………..

Imię i nazwisko …………….…………………….

Adres zamieszkania ……………………………….

……………………………………………………..

Nr telefonu ………………………………………..

PESEL/NIP.……………………………………….. **Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Kłodzku z/s w Bystrzycy Kłodzkiej**

 **ul. Kłodzka 12**

 **57-500 Bystrzyca Kłodzka**

##  Wniosek

Zwracam się z wnioskiem o wystawienie świadectwa zdrowia dla ……................................................

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

### (podać liczbę i gatunek zwierząt)

###

### WŁAŚCICIEL/ NADAWCA

Nazwa………………………….................................................................................................................................

Adres (miejscowość, ulica, nr) …………………………………………………… kod poczt. ………………………….

***Miejsce pochodzenia/ gromadzenia (***jeśli inne niż ***właściciel)***

Nazwa………………………….................................................................................................................................

Adres (miejscowość, ulica, nr) ………………………………………………………………. kod poczt. ………………

 ***Miejsce wywozu***

Nazwa………………………….................................................................................................................................

Adres (miejscowość, ulica, nr) ………………………………………………………………. kod poczt. ………………

***ODBIORCA***

Nazwa………………………….................................................................................................................................

Adres (miejscowość, ulica, nr) ………………………………………………………………. kod poczt. ………………

Kraj……………................................................................................................

***Miejsce przeznaczenia (***jeśli inne niż ***odbiorca)***

Nazwa………………………….................................................................................................................................

Adres (miejscowość, ulica, nr) ………………………………………………………………. kod poczt. ………………

Kraj……………................................................................................................

***Punkt przekroczenia granicy***

Nazwa…………………………………...........................................................................................................................

***Środek transportu Data wyjazdu***

Nr identyfikacyjny……………………………. Data…………………………………………….

Oświadczam, że zgadzam się na formę, w jakiej wystawiony zostanie dokument i nie będę rościć pretensji w przypadku jego odrzucenia na granicy.

………………………………………….……

data i podpis wnioskodawcy

**Klauzula informacyjna (KPA)**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia
27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych – RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Lekarz Weterynarii w Kłodzku z siedzibą
w Bystrzycy Kłodzkiej, ul. Kłodzka 12, 57-500 Bystrzyca Kłodzka;
2. Z Administratorem można się kontaktować:
* telefonicznie pod numerem: 74 867 36 63
* mailowo na adres skrzynki: klodzko@wroc.wiw.gov.pl
1. Powołany inspektor ochrony danych: Rafał Guzik; kontakt: abi@vp.pl
2. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego
na Administratorze na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego;
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich przetwarzanie jest niezbędne do realizacji postępowania realizowanego na mocy KPA;
4. Państwa dane mogą być przekazane organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne lub działającym na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają
z przepisów powszechnie obowiązującego prawa lub innym podmiotom, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe wyłącznie dla Administratora.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu do którego zostały zebrane, a po tym czasie przez okres wymagany przepisami powszechnie obowiązującego prawa
w szczególności na podstawie przepisów o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych, prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych, prawo do usunięcia danych osobowych w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
7. Przysługuje Państwu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres siedziby: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
8. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani poddane profilowaniu.