

# Numer Księgi Ewidencyjnej

(wypełnia okręgowa rada lekarsko weterynaryjna↑)

(wypełnia wnioskodawca↓)

<b>RADA PÓLNOCNO-WSCHODNIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ</b> <b>POROSŁY, UL. WIERZBOWA 57 16-070 CHOROSZCZ</b> (ADRES IZBY)		
	MIEJSCOWOŚĆ	DATA

**WNIOSEK  
PODMIOTU PROWADZĄCEGO(WŁAŚCICIELA)  
O WPIS DO EWIDENCJI ZAKŁADÓW LECZNICZYCH DLA ZWIERZĄT  
PROWADZONEJ  
PRZEZ RADĘ PÓLNOCNO-WSCHODNIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ**

**1. STATUS PRAWNY PODMIOTU PROWADZĄCEGO(WŁAŚCICIELA)ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT**

Osoba fizyczna (samodzielnie lub działająca w spółce cywilnej)	<input type="checkbox"/>	
Osoba prawna	<input type="checkbox"/>	
Jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej	<input type="checkbox"/>	
Nazwa jednostki organizacyjnej		

**2. PODMIOT PROWADZĄCY ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT**  
(W PRZYPADKU OSOBY PRAWNEJ, JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIE POSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ)

NAZWA (OSOBY PRAWNEJ)					
MIEJSCOWOŚĆ (SIEDZIBY)			KOD		
ULICA			NR		NR LOKALU
NUMER <b>KRS</b> (Krajowy Rejestr Sądowy)					
TELEFON/FAX			E-MAIL		
NIP			REGON		

**3. PODMIOT PROWADZĄCY ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT**  
(OSOBA FIZYCZNA, W PRZYPADKU SPÓŁKI CYWILNEJ – 1 WSPÓLNIK)

IMIĘ I NAZWISKO (OSOBY FIZYCZNEJ)					
MIEJSCOWOŚĆ (ZAMIESZKANIA)			KOD		
ULICA			NR		NR LOKALU
TELEFON/FAX			E-MAIL		
NIP			REGON		

**4. PODMIOT PROWADZĄCY ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT**  
(W PRZYPADKU SPÓŁKI CYWILNEJ – 2 WSPÓLNIK; DANE EW. 3 I WIĘCEJ WSPÓLNIKÓW PROSZĘ WPISAĆ NA ODWRÓCIE LUB NA  
DODATKOWEJ KARTCE)

IMIĘ I NAZWISKO (OSOBY FIZYCZNEJ)					
MIEJSCOWOŚĆ (ZAMIESZKANIA)			KOD		

ULICA		NR		NR LOKALU	
TELEFON/FAX		E-MAIL			
NIP		REGON			

### 5. RODZAJ ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA ZWIERZĄT

Gabinet weterynaryjny -  Przychodnia weterynaryjna -   
Lecznica weterynaryjna -  Klinika weterynaryjna -   
Weterynaryjne laboratorium diagnostyczne -

### 6. NAZWA ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA ZWIERZĄT

Zgodna z wymaganiami art. 6 ust 3 ust o zakładach leczniczych dla zwierząt oraz uchwałą NR 80/2004/III Krajowej Rady Lekarsko-Weterynaryjnej z dnia 11 maja 2004 r. z późn zm. w sprawie oznaczania zakładów leczniczych dla zwierząt.

### 7. SIEDZIBA ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA ZWIERZĄT

KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA			NR		
NR LOKALU		POWIAT		GMINA/ DZIELNICA	
TELEFON/FAX			E-MAIL		
NIP			REGON		

### 8. PERSONEL ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA ZWIERZĄT

KIEROWNIK	IMIĘ	NAZWISKO	NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LICZBA PRACOWNIKÓW	LEKARZE WETERYNARII W TYM KIEROWNIK	PERSONEL POMOCNICZY	ŁĄCZNIE

### 9. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- Regulamin zakładu leczniczego dla zwierząt.  
 - Oświadczenie kierownika zakładu leczniczego dla zwierząt.  
 - wydruk z CEIDG lub Krajowego Rejestru Sądowego.

"Jednocześnie oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku o wpis do ewidencji zakładów leczniczych dla zwierząt są kompletne i zgodne z prawdą;
- znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia zakładu leczniczego dla zwierząt określone w ustawie z dnia 18 grudnia 2003 r. o zakładach leczniczych dla zwierząt (Dz. U. z 2004 r. Nr 11, poz. 95 oraz z 2008 r. Nr 220, poz. 1433)."

### 10. PODPIS WNIOSKODAWCY (PODMIOTU PROWADZĄCEGO, WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ)

W PRZYPADKU OSOBY UPRAWNIONEJ DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY NALEŻY PODAĆ PEŁNIONĄ FUNKCJĘ