Numer Księgi Ewidencyjnej

(wypełnia okręgowa rada lekarsko weterynaryjna↑)

(wypełnia wnioskodawca↓)

RADA PÓŁNOCNO-WSCHODNIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ **POROSŁY, UL. WIERZBOWA 57** **16-070 CHOROSZCZ** (ADRES IZBY)		
	MIEJSCOWOŚĆ	DATA

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

1. STATUS PRAWNY PODMIOTU PROWADZĄCEGO(WŁAŚCICIELA)ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT		
Osoba fizyczna (samodzielnie lub działająca w spółce cywilnej)	☐	
Osoba prawna	☐	
Jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej	☐	
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 **KRS** (**K**rajowy **R**ejestr **S**ądowy)					
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 ODWROCIE 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:

1) dane zawarte we wniosku o wpis do ewidencji zakładów leczniczych dla zwierząt są kompletne i zgodne z prawdą;
2) 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