#  ……………………………………….

 data

# WNIOSEK O WPISANIE DO REJESTRU

**lekarzy weterynarii upoważnionych do wydawania paszportów oraz pobierania próbek w celu określenia miana przeciwciał w rozumieniu przepisów rozporządzenia (UE) Nr 576/2013** **prowadzonego przez okręgową radę lekarsko-weterynaryjną**

Wnoszę o wpisanie mnie do rejestru lekarzy weterynarii upoważnionych do wydawania paszportów oraz pobierania próbek w celu określenia miana przeciwciał w rozumieniu przepisów (UE) Nr 576/2013 prowadzonego przez okręgową radę lekarsko-weterynaryjną…………………. Izby Lekarsko Weterynaryjnej

Nazwisko i imię lekarza weterynarii........................................................................................................

Adres e-mail…………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ................................................................................................................................

Nazwa i rodzaj zakładu leczniczego dla zwierząt....................................................................................

..................................................................................................................................................................

Adres zakładu leczniczego dla zwierząt...................................................................................................

..................................................................................................................................................................

NIP zakładu leczniczego dla zwierząt......................................................................................................

REGON zakłądu leczniczego dla zwierząt .............................................................................................

Telefon/ Fax / adres e-mail ......................................................................................................................

Dni tygodnia w których zakład leczniczy świadczy usługi: poniedziałek w godzinach:……............. ..

 wtorek w godzinach:…………………….

 środa w godzinach:………………………

 czwartek w godzinach:…………………..

 piątek w godzinach:……………...............

 sobota w godzinach:……………………..

 niedziela w godzinach:…………...............

Oświadczam, że:

1) posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza weterynarii,

2) świadczę usługi weterynaryjne w ramach działalności zakładu leczniczego dla zwierząt.

3) mam do dyspozycji czytnik mikroczipów spełniający normy **ISO 11785**

4) znane są mi przepisy regulujące zasady wystawiania paszportów dla zwierząt towarzyszących oraz próbek pobierania w celu określenia miana przeciwciał w rozumieniu przepisów rozporządzenia (UE) Nr 576/2013

 Podpis Składającego Wniosek