# Numer Księgi Ewidencyjnej

*(wypełnia okręgowa rada lekarsko weterynaryjna↑)*

*(wypełnia wnioskodawca↓)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rada Małopolskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej****33-100 Tarnów, ul. Widok 4/2**(adres izby) |  |  |
| miejscowość | data |
| WNIOSEK PODMIOTU PROWADZĄCEGO(WŁAŚCICIELA)**O WPIS DO EWIDENCJI ZAKŁADÓW LECZNICZYCH DLA ZWIERZĄT PROWADZONEJ****PRZEZ RADĘ MAŁOPOLSKIEJ 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 |

|  |
| --- |
| 1. **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 |  |

|  |
| --- |
| 1. **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 |  |

|  |
| --- |
| 1. **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 |  |

|  |
| --- |
| 1. **Rodzaj zakładu leczniczego dla zwierząt**
 |
| Gabinet weterynaryjny - ⬜ Przychodnia weterynaryjna - ⬜Lecznica weterynaryjna - ⬜ Klinika weterynaryjna - ⬜Weterynaryjne laboratorium diagnostyczne - ⬜ |

|  |
| --- |
| 1. **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. |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Siedziba zakładu leczniczego dla zwierząt**
 |
| kod pocztowy |  | miejscowość |  |
| ulica |  | nr |  |
| nr lokalu |  | powiat |  | gmina/ dzielnica |  |
| telefon/fax |  | e-mail |  |
| NIP |  | REGON |  |

|  |
| --- |
| 1. **Personel zakładu leczniczego dla zwierząt**
 |
| KIEROWNIK | imię | nazwisko | nr prawa wykonywania zawodu |
|  |  |  |
| LICZBA PRACOWNIKÓW | lekarze weterynarii w tym kierownik | personel pomocniczy | łącznie |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **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)." |

|  |
| --- |
| 1. **Podpis wnioskodawcy** (PODMIOTU PROWADZĄCEGO, WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ)

 W przypadku osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy należy podać pełnioną funkcję  |
|  |