

# Numer Księgi Ewidencyjnej

(wypełnia okręgowa rada lekarsko weterynaryjna↑)

(wypełnia wnioskodawca↓)

|   |             |      |
|---|-------------|------|
| <b>RADA ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ</b><br><b>40-150 KATOWICE, UL. WALECZNYCH 4</b><br>(ADRES IZBY) |             |      |
|   | MIEJSCOWOŚĆ | DATA |

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

|   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| <b>1. STATUS PRAWNY PODMIOTU PROWADZĄCEGO(WŁAŚCICIELA)ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT</b> |                          |  |
| 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  |                          |  |

|   |  |  |        |              |
|---|--|--|--------|--------------|
| <b>2. PODMIOT PROWADZĄCY ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT</b><br>(W PRZYPADKU OSOBY PRAWNEJ, JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIE POSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ) |  |  |        |              |
| NAZWA<br>(OSOBY PRAWNEJ)  |  |  |        |              |
| MIEJSCOWOŚĆ<br>(SIEDZIBY)   |  |  | KOD    |              |
| ULICA   |  |  | NR     | NR<br>LOKALU |
| NUMER <b>KRS</b> (Krajowy Rejestr Sądowy)   |  |  |        |              |
| TELEFON/FAX   |  |  | E-MAIL |              |
| NIP   |  |  | REGON  |              |

|  |  |  |        |              |
|--|--|--|--------|--------------|
| <b>3. PODMIOT PROWADZĄCY ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT</b><br>(OSOBA FIZYCZNA, W PRZYPADKU SPÓŁKI CYWILNEJ – 1 WSPÓLNIK) |  |  |        |              |
| IMIĘ I NAZWISKO<br>(OSOBY FIZYCZNEJ)   |  |  |        |              |
| MIEJSCOWOŚĆ<br>(ZAMIESZKANIA)  |  |  | KOD    |              |
| ULICA  |  |  | NR     | NR<br>LOKALU |
| TELEFON/FAX  |  |  | E-MAIL |              |
| NIP  |  |  | REGON  |              |

|  |  |  |     |              |
|--|--|--|-----|--------------|
| <b>4. PODMIOT PROWADZĄCY ZAKŁAD LECZNICZY DLA ZWIERZĄT</b><br>(W PRZYPADKU SPÓŁKI CYWILNEJ – 2 WSPÓLNIK; DANE EW. 3 I WIĘCEJ WSPÓLNIKÓW PROSZĘ WPISAĆ NA ODWRÓCIE LUB NA<br>DODATKOWEJ KARTCE) |  |  |     |              |
| IMIĘ I NAZWISKO<br>(OSOBY FIZYCZNEJ)   |  |  |     |              |
| MIEJSCOWOŚĆ<br>(ZAMIESZKANIA)  |  |  | KOD |              |
| ULICA  |  |  | NR  | NR<br>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.  
 - Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej 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