…………………………………

**Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Działdowie**Męczenników 11, 13-200 Działdowo

 (imię i nazwisko)

………………………………………………

(pesel)

# Zgoda na kontakt telefoniczny lub e-mail w sprawie kontaktu w sprawie:

**Wniosek: ~~o rejestrację~~ ~~sprzedaży bezpośredniej,~~ zgłoszenie pasieki, ~~RHD~~\***

|  |  |
| --- | --- |
|  Nr telefonu |  Adres e-mail |
|   |   |

Oświadczam, że wyrażam zgodę naprzetwarzanie moich danych osobowych w celu kontaktu dotyczącego wymiany informacji z Powiatowym Lekarzem Weterynarii w Działdowie.

Poinformowano mnie, że:

* administratorem danych jest Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Działdowie,
* przekazywanie informacji w niniejszej formie nie jest obowiązkiem Powiatowego Lekarza Weterynarii,
* brak otrzymania stosownej informacji nie wpływa w żaden sposób na realizację moich obowiązków.
* podanie numeru telefonu i adresu e-mail jest dobrowolne, mam prawo dostępu do treści tych danych i ich poprawiania oraz żądać ich usunięcia.

…………………………………………………………

\*niepotrzebne skreślić   **( data i czytelny podpis )**