

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Nowym Mieście Lub.**

**Z G Ł O S Z E N I E R E J E S T R A C Y J N E / A K T U A L I Z A C Y J N E *
gospodarstwa pasiecznego – pasieki**

1. Nazwisko i imię właściciela pasieki
2. Dokładny adres zamieszkania, telefon,
.....
.....
3. Pesel.....
3. Wielkość pasieki/ ilość pni pszczelich
4. Typ ula (ramki)
5. Numery kolejne uli
6. Lokalizacja pasieki/ miejsce zimowli/
- miejscowość, nr posesji
- gmina
- powiat
- województwo

.....
(czytelny podpis właściciela pasieki)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U.UE.L.2016.119.1 (dalej: RODO), uprzejmie informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Inspektorat Weterynarii z siedzibą w Nowym Mieście Lub. przy ul. Jagiellońskiej 24h,
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – piw@nowemiastolub.piw.gov.pl; tel. 56/ 47 424 23
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu -na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. -w szczególności w celu realizacji ustawowych zadań Inspekcji Weterynaryjnej;
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa (zgodnie z instrukcją kancelaryjną Administratora).
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganych ustawodawstwem Inspekcji Weterynaryjnej jest obligatoryjne

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z powyższą informacją

.....
podpis

* Wyrażam/ nie wyrażam zgody/y na kontakt telefoniczny pracowników PIW w Nowym Mieście Lub. na podany przeze mnie powyżej numer tel.

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis

* Zaznaczyć jedną z opcji