

ZGŁOSZENIE WSTĘPNEJ GOTOWOŚCI
do podjęcia czynności z wyznaczenia o których mowa w art. 16 ustawy
z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej

Ja.....
imię i nazwisko

zamieszkały w.....
adres

PESEL:

Zgłaszam wstępną gotowość do wykonywania czynności z art.16 ustawy o inspekcji weterynaryjnej:

Rodzaj czynności	Zaznaczyć odpowiednie
szczepeń ochronnych lub badań rozpoznawczych	
sprawowania nadzoru nad miejscami gromadzenia, skupu lub sprzedaży zwierząt, targowiskami oraz wystawami, pokazami lub konkursami zwierząt	
badania zwierząt umieszczanych na rynku, przeznaczonych do wywozu oraz wystawiania świadectw zdrowia	
sprawowania nadzoru nad ubojem zwierząt rzeźnych, w tym badania przedubojowego i poubojowego, oceny mięsa i nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o ochronie zwierząt w trakcie uboju	
badania mięsa zwierząt łownych	
sprawowania nadzoru nad rozbiorem, przetwórstwem lub przechowywaniem mięsa i wystawiania wymaganych świadectw zdrowia	
sprawowania nadzoru nad punktami odbioru mleka, jego przetwórstwem oraz przechowywaniem produktów mleczarskich	
sprawowania nadzoru nad wyladowywaniem ze statków rybackich i statków przetwórczych produktów rybołówstwa, nad obróbką, przetwórstwem i przechowywaniem tych produktów oraz ślimaków i żab	
sprawowania nadzoru nad przetwórstwem i przechowywaniem jaj konsumpcyjnych i produktów jajecznych	
pobierania próbek do badań	
sprawowania nadzoru nad sprzedażą bezpośrednią	
badania laboratoryjnego mięsa na obecność włośni	

Jednocześnie informuję, że:

	T A K	N I E	NIE DOT YCZ Y
Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza weterynarii i jestem wpisany do rejestru Izby Lekarsko-Weterynaryjnej pod nr			
Posiadam odrębny tytuł ubezpieczenia społecznego i nie wnoszę o opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne wynikające z umowy			
Oświadczam, że dysponuję wiedzą i doświadczeniem niezbędnym do prawidłowego wykonywania zleconych czynności zarówno w zakresie przepisów weterynaryjnych jak i przepisów BHP oraz zobowiązuję się do przestrzegania tych przepisów oraz posiadam aktualną książeczkę zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych			
Posiadam odpowiednie warunki do przechowywania biopreparatów i pobranych prób			
Posiadam odpowiedni sprzęt i odzież ochronną do prawidłowego wykonania zleconych czynności			
Świadczę usługi weterynaryjne w ramach zakładu leczniczego dla zwierząt pod nazwą wpisanym do ewidencji prowadzonej przez Radę Izby Lekarsko – Weterynaryjnej pod numerem			
Posiadam zgodę kierownika zakładu leczniczego dla zwierząt na wykonywanie czynności określonych w art. 16 ust.1 pkt 1a) ustawy z dnia 29.01.2004 roku o Inspekcji Weterynaryjnej			
Posiadam samochód marki nr rej. o pojemności silnika, który będę wykorzystywał do przejazdów związanych z wykonywaniem czynności zleconych			

Załączniki:

- Dyplom lekarza weterynarii nr.....
- Prawo do wykonywania zawodu lekarza weterynarii nr... ..
- Zaświadczenie o wymaganym stażu pracy
- Zaświadczenie o wymaganej praktyce podyplomowej
- Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.
- Zaświadczenie o szkoleniu w zakresie badania w kierunku włośni.
- Zaświadczenie o szkoleniu w zakresie normy PN-EN ISO/IEC/17025.
- Dyplom specjalisty w zakresie.....
.....
- Inne
.....

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, wyłącznie dla potrzeb postępowania o wyznaczenie na podstawie art. 16 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej

.....
(podpis zgłaszającego)

Informacje dodatkowe (wypełnia PIW)

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

Załącznik 3

Oświadczenie Zleceniobiorcy

1. Dane Osobowe

Nazwisko.....Imiona 1).....2).....
Imiona Rodziców.....
Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....
Nazwisko rodowe.....Obywatelstwo.....
PESEL.....NIP.....
Seria i nr dowodu osobistego.....
Nr tel. e-mail.....

2. Adres zamieszkania

Województwo.....powiat.....gmina.....
Ulica.....nr domu.....nr mieszkania.....
Miejscowośćkod pocztowy.....poczta.....

3. Adres do korespondencji, (gdy adres korespondencyjny nie jest tożsamy z adresem zamieszkania)

Województwo.....powiat.....gmina.....
Ulica.....nr domu.....nr mieszkania.....
Miejscowośćkod pocztowy.....poczta.....

4. Urząd Skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczek na podatek dochodowy PIT-11)

Nazwa i adres.....

5. Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

5.1 Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia
.....

5.2 Jestem*: emerytem tak nie
rencistą tak nie

* właściwe należy zaznaczyć wstawiając X

5.3 Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności* tak nie

* właściwe należy zaznaczyć wstawiając X

Jeśli TAK, określić stopień
niepełnosprawności.....

6. Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

DOTYCZY / NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić). Jeśli DOTYCZY wypełnić poniżej)

Oświadczam, że jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X)

stosunku pracy,

członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych,

stosunku służby w WP, Policji, SG, PSW, SW, SC,

- wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy,
- prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko,
- wykonywania pracy nakładczej
- z innego tytułu (określić tytuł

Równocześnie oświadczam, iż osiągam dochody miesięczne nie mniejsze niż minimalne wynagrodzenie za pracę od których odprowadzane są składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne (minimalne wynagrodzenie w 2017 roku wynosi 2000 zł).

7. Numer rachunku bankowego

.....

Oświadczam, iż podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

Data i podpis zleceniobiorcy

Załącznik 4

.....
.....

(Imię i nazwisko)
(Miejscowość, data)

.....
(adres)

.....

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w

Oświadczenie

Ja niżej podpisany

.....

zam.

legitymujący się dowodem osobistym oświadczam
że:

(seria i numer

dowodu osobistego)

koszty używania samochodu osobowego o nr rej do
wykonywania zadań z wyznaczenia Powiatowego Lekarza
Weterynarii w na rok zaliczam/nie zaliczam* do
kosztów uzyskania przychodu.

W związku z powyższym, proszę potrącać/nie potrącać* podatku dochodowego
oraz składki zdrowotnej z w/w kosztów.

.....

.....