

Regulaminu ubiegania się o wydawanie Atestów Higienicznych i Świadectw Jakości Zdrowotnej NIZP PZH - PIB

**WNIOSK O WYDANIE ATESTU HIGIENICZNEGO
W ZAKŁADZIE BEZPIECZYSTWA ŻYWNOSCI I OCENY RYZYKA ZDROWOTNEGO NIZP PZH - PIB**
(APPLICATION FOR ISSUING THE HYGIENIC CERTIFICATE IN DEPARTMENT OF FOOD SAFETY AND HEALTH RISK ASSESSMENT NIPH NIH - NRI)

Zwracam się z prośbą do Zakładu Bezpieczeństwa Żywności i Oceny Ryzyka Zdrowotnego NIZP PZH - PIB o wydanie atestu higienicznego dla poniżej wskazanego produktu w trybie **zwykłym / ekspresowym**¹. (I hereby apply to the Department of Food Safety and Health Risk Assessment NIPH NIH - NRI for issuing hygienic certificate for the product indicated below in normal / express¹ mode).

Uwaga/Attention: Do wniosku należy dołączyć dokumentację zgodnie z wymaganiami dostępnymi na stronie internetowej <https://www.pzh.gov.pl/uslugi/atestacja-atestation/>. (The application should be accompanied by documentation in accordance with the requirements available on the website <https://www.pzh.gov.pl/uslugi/atestacja-atestation/>).

Nie wypełniać
(Do not fill)

PEŁNA, IDENTYFIKOWALNA NAZWA WYROBU/PRODUKTU: (opis może zawierać nie więcej niż 250 znaków wliczając spacje) FULL, UNIQUE NAME OF THE PRODUCT: (description of the product can contain no more than 250 signs including spaces)	
PRZEZNACZENIE/ZAKRES STOSOWANIA WYROBU/PRODUKTU: (opis może zawierać nie więcej niż 250 znaków wliczając spacje) INTENDED USE/ SCOPE OF USE OF THE PRODUCT: (description of the product can contain no more than 250 signs including spaces)	
PEŁNA NAZWA I ADRES WNIOSKODAWCY: APPLICANT'S FULL NAME AND ADDRESS:	
NR NIP WNIOSKODAWCY: VAT NUMBER (SALES IDENTIFICATION TAX NUMBER):	
TELEFON I ADRES E-MAIL WNIOSKODAWCY: (prosimy podawać tylko jeden adres e-mail) PHONE NUMBER AND E-MAIL ADDRESS OF APPLICANT: (only one e-mail address allowed)	
PEŁNA NAZWA I ADRES ZLECENIODAWCY (NP. DYSTRYBUTORA): CUSTOMER'S (EG. DISTRIBUTOR'S) FULL NAME AND ADDRESS:	
PEŁNA NAZWA I ADRES PRODUCENTA PRODUCER'S FULL NAME AND ADDRESS:	
OŚWIADCZENIA (statements): * pole obowiązkowe (*mandatory field)	
<input type="checkbox"/>	Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w powyższym formularzu w celach marketingowych przez NIZP PZH - PIB. /According to article 6. paragraph 1 (a) the General Data Regulation on the protection of personal data of 27 April 2016 (Official Journal of the UE L 119 from 04.05.2016) I agree that my personal data given in the above form will be processed for commercial and marketing purposes of NIPH NIH - NRI.
<input type="checkbox"/>	Zgodnie z ustawą z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. Nr 144, poz.1204 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną przez NIZP PZH - PIB na wskazany we wniosku adres e-mail. / According to the Law of 18.07.2002 about supply of the electronically supplied services (Journal of Laws No. 144, item. 1204 as amended) I agree to receive business information electronically by the NIPH NIH - NRI indicated in the application e-mail address.
TAK <input type="checkbox"/> YES NIE <input type="checkbox"/> NO	* Wnioskodawca upoważnia Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy do wystawiania faktur bez podpisu osoby upoważnionej do odbioru oraz działając na podstawie art. 106n ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług Wnioskodawca wyraża zgodę na przesyłanie faktur, duplikatów tych faktur oraz ich korekt w formie elektronicznej na adres poczty elektronicznej: w przypadku niedostępności systemu KSeF". The applicant authorizes the National Institute of Public Health NIH - National Research Institute to issue invoices without the signature of the person authorized to receive them and acting pursuant to Art. 106n of the Act of 11 March 2004 on tax on goods and services, the Applicant consents to sending invoices, duplicates of these invoices and their corrections in electronic form to the e-mail address: in case the KSeF system is unavailable or the Applicant is not entitled to use it.
<input type="checkbox"/>	* Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na umieszczenie informacji o przyznaniu atestu produktowi w serwisie internetowym NIZP PZH - PIB w zakresie: numer Atestu/Świadectwa, nazwa produktu, zastosowanie produktu, zastrzeżenia higieniczne, data wydania i data ważności Atestu/Świadectwa oraz gdy dotyczy - Zleceniodawca. / According to article 6. paragraph 1 (a) the General Data Regulation on the protection of personal data of 27 April 2016 (Official Journal of the UE L 119 from 04.05.2016) I agree to place information about granting the product the hygienic certificate on NIPH NIH - NRI website (number of hygienic certificate, name of product, application of the product, hygienic restrictions, hygienic certificate issue and expiration date, and if applicable - the Principal).
<input type="checkbox"/>	* Wnioskodawca oświadcza, iż zapoznał się z Regulaminem Ubiegania się o wydanie Atestów Higienicznych i Świadectw Jakości Zdrowotnej NIZP PZH - PIB oraz znana jest mu treść klauzuli obowiązku informacyjnego, wypełniająca postanowienia art. 13 RODO, o której stanowi § 9 Regulaminu. / The applicant declares having read the Regulations for Applying for the issuance of Hygienic Certificates and Health Quality Certificates of the NIPH NIH - NRI and having known the content of the information obligation clause, fulfilling the provisions of Art. 13 of the GDPR, as provided for in § 9 of the Regulations.

¹ Niepotrzebne skreślić / Delete unnecessary

PIECZĘĆ, PODPIS
STAMP, SIGNATURE