…………………….., dnia (date) ............................

Nr/No ………....................... /.............

# (PGIS/SI)[[1]](#footnote-1))

**Wniosek**1) **o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej**

**substancji pomagającej w przetwarzaniu**

**/ Application**1) **for the border sanitary control of processing aid**

**Identyfikacja partii / Identification of the batch:**

**Nazwa** substancji / Name of processing aid:...................................................................................................................... – specyfikacja partii w załączeniu\*) /specification of the batch in the annex\*)

Numer partii produkcyjnej / Batch No: ……………………....………………………………………………………….. Dokument przewozowy Nr / Waybill No: .………………………….………..………………………………………….

Środek transportu / Means of transport: ............................................................................................................................

Kod CN, oznaczenia / CN code, notation: .........................................................................................................................

Kraj pochodzenia / Country of origin: ...............................................................................................................................

Kraj przywozu - z / Kraj przeznaczenia - do\*)/ Country of importation – from / Country of destination - to\*):

…………………………………………………………………………………………………………………………….

Wielkość partii, waga brutto /netto / Batch size, gross/ net weight: ................................................................................

Wielkość i rodzaj/ ilość opakowań / Size and type of packaging/ Number of packaging:

……………………………………………………………………………………………………………………………. Data minimalnej trwałości/ Termin przydatności do spożycia\*) / Expiry date/ Shelf-life\*): ……………………………..

Importer/Eksporter\*) / Importer/Exporter\*): …………………………………….………………………………………...

Osoba odpowiedzialna za towar / Person responsible forgoods: ......................................................................................

Producent / Producer:.......................................................................................................................................................... Numer zgłoszenia/ spedytor / Declaration number/ forwarder:.........................................................................................

Przewidywany termin przekroczenia granicy / Intended date of border crossing: …..…………………………………..

Przejście graniczne / Border check point: …………….…………...…..………….. …………………………………….

**Inne załączniki do wniosku / Other annexes to the application:**

1. ……………………………………………………………….……….………… 2. ………………………………………………………………………..………….

3. ……………………………………………………………………………………

**Towar**\*\*) / Goods\*\*):

□ przeznaczony do wolnego obszaru celnego/ składu wolnocłowego\*) / intended for free zone/ duty free warehouse \*) □ przeznaczony do innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej/krajów trzecich\*) / intended for Member States of the European Union other than the Republic of Poland/ third countries\*)

□ spełnia wymagania w zakresie wymagań zdrowotnych określonych w ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 r.

o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. 2022r. poz. 2132 ze zm.) /fulfil the health requirements specified in the Act of 25 August 2006 on Safety of Food and Nutrition (OJ. 2022, item 2132 as amanded)

**Podmiot zgłaszający towar do granicznej kontroli sanitarnej**

**/ Operator applying for the border sanitary control of goods**

**…………………………., dnia / date …………………** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( imię i nazwisko, podpis

/ 1st name and surname, signature)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 1) Wypełnia zgłaszający towar do granicznej kontroli sanitarnej w trzech egzemplarzach (oryginał pozostaje u przeprowadzającego graniczną kontrolę sanitarną państwowego inspektora sanitarnego, a dwie kopie z nadanym numerem PGIS/SI otrzymuje wnioskodawca,) / To be completed by the person applying for the border sanitary control on three copies (the original for the state sanitary inspector conducting the border sanitary control and two copies with the number given by the State Sanitary Inspection Body for the applicant)

Załącznik do wniosku Nr …………………..………..… z dnia ………………..\*\*\*)

/ Annex to the application No ………………………….. from ……………………(date)\*\*\*)

………………………, dnia / date ............................... Nr/No ....................................... /................... (PGIS/SI)2)

# **Specyfikacja partii / Specification of the batch**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa substancji pomagającej w przetwarzaniu / Name of  processing aid | Nr partii produkcyjnej/  Batch No | Waga brutto/ netto / Gross/  net weight | Wielkość i rodzaj/ ilość opakowań/ Size  and type of packaging/  Number of packages | Data minimalnej trwałości/ termin przydatności do  spożycia\*) / Expiry date/ Shelf-life\*) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Podmiot zgłaszający towar do granicznej kontroli sanitarnej**

**/ Operator applying for the border sanitary control of goods**

**……………………, dnia / date …………………** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( imię i nazwisko, podpis

/ 1st name and surname, signature)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \*\*\*) Wypełnia się w przypadku, gdy partia składa się z różnych rodzajów tego samego towaru. Można nie wypełniać w przypadku tranzytu towarów do innych państw członkowskich Unii Europejskiej / To be completed in case the batch of a product is not homogenous. May not be completed if the goods are in transit to other Member States of the European Union

**OGÓLNA KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust 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, dalej zwanego RODO, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest **Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Lublinie**, dalej zwany Administratorem, z siedzibą w Lublinie ul. Uniwersytecka 12, 20-029 Lublin;
2. Wyznaczony inspektor danych osobowych jest dostępny pod adresem e-mail: iod.psse.lublin@sanepid.gov.pl;
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz realizacja w interesie publicznym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO, a w przypadku danych medycznych art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
5. Przetwarzane dane osobowe mogą być przekazywane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa; 6) Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, o którym mowa w pkt. 3 i upływu terminu archiwizacji dokumentacji;
6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania;
7. W przypadku wątpliwości, czy dane osobowe przetwarzane w PSSE w Lublinie nie naruszają postanowień RODO przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, ul. Stawki 2, tel. 606 950 000.

1. ) Wypełnia organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej / To be completed by the State Sanitary Inspection Body

   \*) Niepotrzebne skreślić / Delete if inapplicable

   \*\*) Właściwe zaznaczyć / Mark appropriate [↑](#footnote-ref-1)