**Lipsko, dnia** ………………………………….. **Nr */ No*** …………………………….…………

*(PGIS/SI)2*

**Wniosek o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej substancji pomagającej**

**w przetwarzaniu */ Application 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:*

Kra] przywozu — z/Kraj przeznaczenia — do\*)/*Country of importation — from/Country of destination — to*\*):

Wielkość partii/*Batch size:*

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

Data minimalnej trwatości/termin przydatności do spożycia\*)/*Expiry date/Shelf-life\*):………………………………………………………………*

lmporter/Eksporter\*/*Importer/Exporter*,.\*) ..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Osoba odpowiedzialna za towar/*Person responsible for goods*:

Producent*/Producer:* ……………………………………………………………………………………………….............................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer zgłoszenia/spedytor/*Declaration number/forwarder*:

Przewidywany termin przekroczenia granicy*/lntended 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/sktadu wolnoctowego\*Vintended for free zone/duty free ware-  
house\*'

□ 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. Nr 171, poz. 1225)/fulfil the health requirements specified in  
the Act of 25 August 2006 on Safety of Food and Nutrition (OJ No 171, item 1225)

Podmiot zgłaszający towar do granicznej kontroli sanitarnej */Operator applying for the border sanitary control of goods*

Lipsko, dnia

…………………………………............

(imię i nazwisko, podpis

*/ 1st name and surname, signature*)