**Bydgoszcz, dnia ....................................... Nr/No** .......................................
 (PGIS/SI)2

**Wniosek o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej środka spożywczego/materiału**

**lub wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością\*)/Application for the border sanitarycontrol of foodstuffs/materials or articles intended to come into contact with food\*)**

**Identyfikacja partii/*Identification ofthe batch:***

Nazwa środka spożywczego/materiału lub wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością**\*)**/Name *of foodstuff /materiał or article intended to come into contact with food***\*)***:*

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*\*) :

lmporter/Eksporter\*)/*lmporter/Exporter\*):*

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

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/*Offter annexes to the application:*

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 ofthe European Union Rother 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. z 2023 r., poz. 1448) /fulfil the health requirements specified in the Act of 25 August 2006 on Safety of Food and Nutrition (OJ item 1448)

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 inspektor conducting the border sanitary control and two copies with the number Niven by the State Sanitary Inspection Body for the applicant).

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

\*) Niepotrzebne skreślić/Delete if inapplicable.

\*\*) Właściwe zaznaczyć/Mark appropriate.

\*\*\*) Wypełnia się w przypadku, gdy partia składa się z różnych rodzajów tego samego towaru. Można nie wypełniać w przypadku tranzytu towarów do innychpaństw 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 toother Member States of the European Union.

 Podmiot zgłaszający towar do granicznej kontroli sanitarnej

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

Bydgoszcz, dnia ………………. ………………………………………

 (pieczątka, imię i nazwisko, podpis

 *,1st name and sumame, signature)*