

Miejscowość, data

POWIATOWY LEKARZ WETERYNARII W CIESZYNIE

**ZGŁOSZENIE DO REJESTRU/ UZUPEŁNIENIE DANYCH/ZAKOŃCZENIE DZIAŁALNOŚCI
GOSPODARSTWA PASIECZNEGO / PASIEKI***

1. Imię i nazwisko właściciela pasieki:
.....
.....
 2. Adres do korespondencji
 3. Pesel właściciela pasieki lub numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość
.....
 4. NIP*
 5. Telefon do kontaktu
 6. Dotychczasowy weterynaryjny numer identyfikacyjny
 7. Gatunek (pszczoła miodna) ilość pni
 8. Lokalizacja pasieki (dokładny adres lokalizacji każdej pasieki, koordynaty GPS, opis obiektów, typ
ula)
 9. Adres strony internetowej*
 10. Adres poczty elektronicznej (e-mail)*
 11. Adres do doręczeń elektronicznych*
 12. Opis podmiotu/zakładu istotny dla ustalenia stwarzanego przez niego ryzyka (np. wielkość hodowli,
prowadzenie kilku działalności w podmiocie, sąsiedztwo innych zakładów
itp.)
-
.....
.....

13. Pozyskane produkty będą wykorzystane: na użytek własny**/w ramach rolniczego handlu detalicznego**/
do sprzedaży bezpośredniej** innej działalności wskazać jakiej
14. Prowadzenie innej działalności rejestrowanej u powiatowego lekarza weterynarii (wskazać
jakiej)

Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” i dobrowolnie podałem/łam powyższe dane.

Zgodnie z artykułem 84 ust. 2 rozporządzenia 2016/429 w sprawie przenośnych chorób zwierząt oraz zmieniające i uchylające niektóre akty w dziedzinie zdrowia zwierząt ("Prawo o zdrowiu zwierząt")

2. Podmioty prowadzące zakłady, o których mowa w ust. 1, powiadamiają właściwy organ o:

a) wszelkich zmianach w danym zakładzie dotyczących kwestii, o których mowa w ust. 1 lit. b;

b) każdym zaprzestaniu działalności przez dany podmiot lub zakład.

.....
(data i czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w celach rejestracji i wydania zaświadczenia.

.....
(data i czytelny podpis)

Wnoszę o wydanie zaświadczenia o ilości pni pszczołoch zgłoszonych do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Cieszynie celem przedłożenia w Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa.

.....
(data i czytelny podpis)

* jeżeli dotyczy

** niepotrzebne skreślić

Wpisano do rejestru (pozycja):

Nadany WNI