

Myślenice, dnia.....

**POWIATOWY LEKARZ WETERYNARII
W MYŚLENICACH**

**ZGŁOSZENIE DO REJESTRU
GOSPODARSTWA PASIECZNEGO / PASIEKI**

1. Imię i nazwisko właściciela pasieki i nazwa pasieki
.....
2. Adres do korespondencji
.....
3. Nr Pesel lub jeśli nie posiada to numer i nazwę dokumentu potwierdzającego
tożsamość
4. NIP*
5. Telefon do kontaktu
6. Dotychczasowy weterynaryjny numer identyfikacyjny
7. Lokalizacja pasieki (dokładny adres) i ilość rodzin/ pni pszczelich (jeśli więcej niż jedna
lokalizacja wskazać ilość pni pszczelich/rodzin osobno dla każdej lokalizacji
a.....
b.....
c.....
d.....
8. Adres strony internetowej*
9. Adres poczty elektronicznej (e-mail)*
10. Adres do doręczeń elektronicznych*
11. Położenie zakładu (koordynaty GPS)
a.....
b.....

c.....

d.....

12. Opis obiektów/ typ ula

.....

13. rodzaj zakładu; oraz inne kwestie dotyczące zakładu, które są istotne dla ustalenia
stwarzanego przez niego ryzyka (np. wielkość hodowli, pasieki wędrownie, prowadzenie
kilku działalności w podmiocie, sąsiedztwo innych zakładów

itp.)

14. Pozyskane produkty będą wykorzystane: na użytek własny/ w ramach rolniczego handlu
detalicznego/ do sprzedaży bezpośredniej/ innej działalności wskazać jakiej.....

.....

15. Prowadzenie innej działalności rejestrowanej 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 pszczelich zgłoszonych do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Myślenicach celem przedłożenia w Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa.

.....
(data i czytelny podpis)

* jeśli je posiada/jeśli dotyczy