…………………………………………………………………… ……………………………………………….., ……………………………

 *(miejscowość) (data)*

 ……………………………………………………………………

 *(Nazwa lub imię i nazwisko)*

 ……………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………

 *(adres)*

 ……………………………………………………………………

 *(PESEL)*

 ……………………………………………………………………
 *(nr telefonu)*

 ***Powiatowy Lekarz***

 ***Weterynarii w Wejherowie***

Proszę o wpis mojej pasieki do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Wejherowie oraz wystawienie zaświadczenia.

Dane pasieki:

Nazwisko i imię właściciela: …………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………..

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Lokalizacja pasieki: ….………………………………………………………………………………………………………………………….

Ilość rodzin pszczelich: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Typ pasieki:

🗆 - stacjonarna 🗆 - wędrowna

Zaświadczenie:
🗆 - proszę wysłać pocztą na adres: ………………………………………………………………………………..…………………

🗆 - odbiorę osobiście.

Załącznik:

* Opłata skarbowa za wystawienie zaświadczenia – 17 zł na konto Urzędu Miasta
w Wejherowie: 25 1160 2202 0000 0001 5278 2920.

……………………………………………………………

(data i czytelny podpis)