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

*(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)