……………………………. dnia:…………………………….

………………………………………………………..

 */ imię i nazwisko*/

………………………………………………………… **Powiatowy Lekarz Weterynarii**

 **/***adres zamieszkania/* **w ………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 */weterynaryjny numer identyfikacyjny/*

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o:

* wpisie do rejestru, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt,
* liczbie przezimowanych pni pszczelich .

Oświadczam, że w mojej pasiece przezimowało ………… pni pszczelich.

tel. …………………………………………………………., E-mail………………………………………………………………,

 ……………………………………………………………………

 */czytelny podpis pszczelarza/*