Zakup leków

Imię i nazwisko	**Adres zamieszkania**	**Nr telefonu**

Ilość pni	**Nr EP**	**Nr weterynaryjny**	**Nr RHD/SB**

Lp.	Nazwa leku	Ilość opakowań	Cena netto w zł	Wartość netto w zł	Cena brutto w zł	Wartość brutto w zł
1						
2						
3						
4						
5						
			SUMA		**SUMA**	

DRUK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

…….....

Podpis

Imię i nazwisko	**Adres zamieszkania**	**Nr telefonu**

Ilość pni	**Nr EP**	**Nr weterynaryjny**	**Nr RHD/SB**

Adres pasieki (województwo/powiat)	**Data urodzenia**	**Wiek**

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany oświadczam, że (niepotrzebne skreślić):

●	brałem udział w mechanizmie dla przezimowanych rodzin pszczelich (nabór 2026) I liczba rodzin nie uległa zmianie
●	brałem udział w mechanizmie dla przezimowanych rodzin pszczelich (nabór 2026) I liczba rodzin uległa zmianie
●	nie brałem udziału w mechanizmie dla przezimowanych rodzin pszczelich (nabór 2026)

…..... ….....

Data Podpis