

.....  
Nazwisko Imię

.....  
Miejscowość, data

.....  
Ulica, nr domu

.....  
Kod pocztowy

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany ..... Oświadczam, że w ramach mechanizmu WPR : „ Wsparcie produktów pszczelich „ realizowanego w sezonie 2008/2009 r. - nie korzystam z innych źródeł refundacji - poza SPP Polanka w temacie : leki, matki pszczele, odkłady, pakiety, ( niepotrzebne skreślić ).

Posiadam nadany: ..... weterynaryjny numer identyfikacyjny pasieki, lub ..... numer wpisu do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii - pasieki.

1.\* Zawiadomiłem Powiatowego Lekarza Weterynarii o podejrzeniu występowania choroby zakaźnej pszczół ( warrozy), -(przesyłam kserokopię przyjętego zawiadomienia jako załącznik ).

2.\* Proszę o zgłoszenie podejrzenia w moim imieniu do właściwego Powiatowego Lekarza Weterynarii, o ile jest taka możliwość proszę podać siedzibę Powiatowego Lekarza Weterynarii.

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji zgłoszeniowej do SPP „POLANKA”, oraz w niniejszym oświadczeniu, dla potrzeb niezbędnych do realizacji celów statutowych Stowarzyszenia Pszczelarzy Polskich "Polanka" (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych. Dz. U. nr 133 póź. 833 z późn. zm.).

Własnoręczny podpis