

..... dnia..... r.

(miejscowość)

(data)

INFORMACJA DLA POWIATOWEGO LEKARZA WETERYNARII

**o położeniu zakładu, w którym są utrzymywane pszczoły,
oraz o liczbie pni pszczelich w tym zakładzie**

**podmiot prowadzący zakład przekazuje powiatowemu lekarzowi weterynarii
właściwemu ze względu na lokalizację tego zakładu w terminach:
do dnia 31 marca oraz do dnia 30 września każdego roku kalendarzowego
obowiązek wynikający z art. 68 ust. 4 ustawy z 21 listopada 2025 r. o zdrowiu zwierząt**

A. Adres miejsca zamieszkania właściciela/adres siedziby firmy

Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu:

.....

Miejscowość..... Ulica

Nr domu..... Nr lokalu..... Kod pocztowy.....Pocztą

B. Położenie zakładu

☐ adres zamieszkania/siedziby firmy

☐ Inny

1. Miejscowość..... Ulica

Nr domu..... Nr lokalu..... Kod pocztowy.....Pocztą

Weterynaryjny Numer Identyfikacyjny (WNI)

Liczba pni pszczelich

2. Miejscowość..... Ulica

Nr domu..... Nr lokalu..... Kod pocztowy.....Pocztą

Weterynaryjny Numer Identyfikacyjny (WNI)

Liczba pni pszczelich

Niniejszą informację składam świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań – za które grozi odpowiedzialność karna z art. 233 § 1 kodeksu karnego – od 6 miesięcy do 8 lat pozbawienia wolności.

.....

(czytelny podpis zgłaszającego)