

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miejscowość, data

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam chęć udziału w programie wsparcia pszczelarstwa, realizowanym przez Małopolski Związek Pszczelarzy ze środków ARiMR w sezonie 2024/2025 r.

Oświadczam, że posiadam Nr.EP i mam pasiekę zarejestrowaną w rejestrze Powiatowego Inspektoratu Weterynarii, właściwą do miejsca stacjonowania pasieki. Przyjmuję także do wiadomości, że decydując się na korzystanie ze wsparcia za pośrednictwem Małopolski Związek Pszczelarzy, nie będę mógł/mogła korzystać w roku 2024/2025 z pośrednictwa innych organizacji pszczelarskich w zakresie Interwencji Pszczelarskie.

Nr. EP \_\_\_\_\_ NR. rejestru PLW \_\_\_\_\_ (jeśli został nadany)

Telefon : \_\_\_\_\_

**Ilość rodzin : .....**

**APIWAROL** op.25 (5 tabletek na ul) .....szt

**BIOWAR** op.10 pasków (2 paski na ul).....szt

**BAYWAROL** (4 paski na 1 ul) .....szt

**APIGUARD** op. 1 Tacka (2 tacki na ul) .....szt

**VARROMED** op. 555 ml (op. 10 uli) .....szt

**APIVAR** op.10 pasków ( 2 paski na ul) .....szt

**THYMOWAR** op.10 pasków ( 2 paski na ul) .....szt

**POLY VAR YELLOW** op. 10 pasków ( 2 paski na ul) .....szt

**API LIVE VAR** 2 płytki .....szt

**FORMIPROTECT** 10 szasz x 2 paski.....szt

| Odkłady | NU | UN | Matki REPRO |
|---------|----|----|-------------|
|         |    |    |             |

.....

Podpis Pszczelarza

1. Oświadczenie wypełniamy w dwóch egzemplarzach: jeden trafia do MZP, drugi zaś pozostawiamy sobie( w ten sposób mamy potwierdzenie co dokładnie zamówiliśmy)

Nr Rachunku: Małopolskiego Związku Pszczelarzy ul. Stadnickich 36a 33-300 Nowy Sącz **BNP PARIBAS**

**48160014621737848710000001**

3. W tytule przelewu proszę podać **Imię i nazwisko pszczelarza, rodzaj i ilość leków oraz ilość rodzin**

**4. Prosimy o wpłatę dokładnej kwoty co do 1 grosza (bez zaokrąglania)**

Wpłata za leki musi być dokonana oddzielnym przelewem ( nie łączyć z innymi wpłatami np. za składki, ubezpieczeniem itd).