

.....  
(miejsowość i data)

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
PESEL

.....  
Nr telefonu

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
w Wąbrzeźnie**

Proszę o wpis mojej pasieki do rejestru podmiotów nadzorowanych Powiatowego  
Lekarza Weterynarii w Wąbrzeźnie

Dane pasieki:

Nazwisko i imię właściciela: .....

Adres zamieszkania: .....

Lokalizacja pasieki: .....

Ilość rodzin pszczelich: .....

.....  
(data i czytelny podpis)