Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa

Zgłoszenie zamiaru odbioru chryzantem przez organizacje pozarządowe, jednostki samorządu terytorialnego lub inne instytucje publiczne

Wypełnia ARiMR:	Potwierdzenie przyjęcia przez Biuro Powiatowe ARiMR /pieczęć/
Znak sprawy	
Numer zgłoszenia	*Data przyjęcia i podpis*

I. CEL ZŁOŻENIA [1)]

☐ **zgłoszenie** ☐ **korekta zgłoszenia** [2)] ☐ **zmiana zgłoszenia** [3)] ☐ **wycofanie zgłoszenia** [3)]

II. DANE IDENTYFIKACYJNE

1. Nazwa podmiotu

.....

2. Rodzaj podmiotu [1)]

☐ organizacja pozarządowa ☐ jednostka samorządu terytorialnego ☐ inna instytucja publiczna

3. Siedziba i adres podmiotu

....

miejscowość *ulica* *nr posesji* *nr*

☐☐ - ☐☐☐ ..... **NIP** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

kod pocztowy *poczta*

4. Numer telefonu:

☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ *Komórkowy* ☐☐ ☐☐☐ ☐☐ ☐☐ *Stacjonarny*

5. Adres e-mail:

.....

III. PREFEROWANE MIEJSCE I TERMIN ODBIORU CHRYZANTEM DONICZKOWYCH LUB CIĘTYCH

a. Chryzantemy doniczkowe:*

1. Ilość doniczek chryzantem (szt.)	2. Województwo	3. Powiat
4. Gmina	5. Kod pocztowy	6. Miejscowość

b. Chryzantemy cięte:*

1. Ilość chryzantem ciętych (szt.)	2. Województwo	3. Powiat
4. Gmina	5. Kod pocztowy	6. Miejscowość

c. Preferowany termin odbioru chryzantem doniczkowych i/lub ciętych:

☐☐ 1 1 2 0 2 0 (nie poźniej niż 16.11.2020 r.)

(dzień-miesiąc-rok)

Data podpisania zgłoszenia	Pieczęć i czytelny podpis osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych) do reprezentowania Zgłoszeniodawcy
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (dzień - miesiąc - rok)	.....

*** wypełnić, jeżeli dotyczy**

1) właściwe zaznaczyć znakiem X;
2) na wezwanie Kierownika BP;
3) z inicjatywy Zgłoszeniodawcy.