|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZESTAWIENIE ZAKUP LEKÓW DO ZWALCZANIA WARROZY[[1]](#footnote-1)** | | | | |  |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Ilość**  **(sztuk)** | **Cena jednostkowa netto/ brutto**  *(w PLN)* | **Wartość**  **netto/ brutto** *(w PLN)* | ***numer identyfikacyjny pasieki***  ***(* odbiorcy końcowego)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA:** |  |  |  |  |

Załącznik nr IV

Czytelny/e podpis/y osoby/osób składającej/ych oświadczenie woli w imieniu Wnioskodawcy

. ………………………………………………..

1. dozwolony jest **wyłącznie** zakup zakupu leków do zwalczania warrozy, dopuszczonych do obrotu na terenie polski, dla pasiek posiadających weterynaryjny numer identyfikacyjny lub pasiek wpisanych do rejestru prowadzonego przez powiatowego lekarza weterynarii. [↑](#footnote-ref-1)