

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

Wypełnia ARiMR:
Znak sprawy
Numer zgłoszenia

Potwierdzenie przyjęcia przez Biuro Powiatowe ARiMR /pieczęć/
Data przyjęcia i podpis

**I. CEL ZŁOŻENIA<sup>1)</sup>**

- 
- zgłoszenie
- 
- korekta zgłoszenia
- <sup>2)</sup>
- 
- zmiana zgłoszenia
- <sup>3)</sup>
- 
- wycofanie zgłoszenia
- <sup>3)</sup>

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE****1. Nazwa podmiotu**

.....

**2. Rodzaj podmiotu<sup>1)</sup>**

- 
- 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 MIEJSCA I TERMIN ODBIORU CHRYSANTEM 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 później niż 16.11.2020 r.)
<small>(dzień-miesiąc-rok)</small>			

**Data podpisania zgłoszenia**

[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
<small>(dzień - miesiąc - rok)</small>		

**Pieczęć i czytelny podpis osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych) do reprezentowania Zgłoszeniodawcy****\* wypełnić, jeżeli dotyczy**

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