

**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**

	<small>miejscowość</small>		<small>ulica</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>kod pocztowy</small>	<small>poczta</small>	<b>NIP</b>		<small>nr posesji</small> <small>nr</small>

**4. Numer telefonu:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Komórkowy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>(dzień-miesiąc-rok)</small>											

(nie później niż 16.11.2020 r.)

Data podpisania zgłoszenia

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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.