*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.