

....., dnia
miejsowość

.....
imię i nazwisko

.....

.....
Adres

Nr Tel.: |_|_|_|-|_|_|-|_|_|

Nr Konta: |_|-|_|_|-|_|_|-|_|_|-|_|_|-|_|_|-|_|_|

WNIOSEK ZGŁOSZENIA ZNALEZIONYCH ZWŁOK DZIKA

Informuję, iż w dniu r. na terenie Gminy
w miejscowości znalazłem zwłoki dzika¹. O powyższym fakcie
poinformowałem Powiatowego Lekarza Weterynarii w, który poniżej
poświadczył zgłoszenie odnalezienia zwłok dzika.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do uzyskania nagrody w ramach porozumienia w sprawie współdziałania w realizacji zadań publicznych. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych danych skutkuje odpowiedzialnością karną z art. 286 § 1 Kodeksu Karnego

.....

czytelny podpis

Poświadczenie właściwego Powiatowego Lekarza Weterynarii.

.....

czytelny podpis

¹ nazwa najbliższej miejscowości

| A. OŚWIADCZENIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------|-----------------|--------------|------------|---------|---------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NAZWISKO | | | | PIERWSZE IMIĘ | | | | DATA URODZENIA (dz-m-rok) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DRUGIE IMIĘ | | | | NAZWISKO RODOWE | | | | IMIONA RODZICÓW | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WOJEWÓDZTWO | | | | | | POWIAT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GMINA | | | ULICA | | | | NR DOMU | | NR LOKALU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MIEJSCOWOŚĆ | | | | | KOD POCZTOWY | | | POCZTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIP | | | | | | PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| URZĄD SKARBOWY (Nazwa i adres) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWA BANKU I NR R-KU BANKOWEGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Data wypełnienia (dzień-miesiąc-rok) | | | | | | 17. Podpis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |