........................................................................................ Miejscowość, dnia …….……………….……..…………

*/imię i nazwisko wnioskodawcy /*

..................................................................................

*/miejsce zamieszkania i adres /*

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Koninie

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że utrzymuję pszczoły w ilości ………………. rodzin w pasiece zlokalizowanej ………..…………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………

*(adres)*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………………

/podpis/

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)  
informujemy, iż współadministratorami Państwa danych osobowych są: Główny Lekarz Weterynarii, Wielkopolski Wojewódzki Lekarz  
Weterynarii, Powiatowy Lekarz Weterynarii w Koninie. Na stronie internetowej Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Koninie znajdą  
Państwo szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych- [www.piwkonin.pl](http://www.piwkonin.pl)