|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formularz zapotrzebowania na sprzęt, pszczoły leki w 2024roku**  refundowany w ramach planu strategicznego „WPR” na rok 2024 dla członków ZPZP Przemyśl | | | | | | | |
| **CZYTELNIE UZUPEŁNIĆ WSZYSTKIE DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | |
| **Imię** | | | **Nazwisko** | | | | |
| **Ulica** | | | | | **Nr domu** | | **Nr lokalu** |
| **Miejscowość** | | **Kod pocztowy** | | | **Poczta** | | |
| **PESEL** | | **Nr wet.** | | | **NR RHD/SB** | **Nr Ewidencji Producenta** | |
| **Nr telefonu** | | | | **E-mail** | | | |
|  | **Ilość rodzin pszczelich**  **na 30.09.2023r.** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zapotrzebowania / jaki sprzęt , jakie leki , jakie matki pszczele/** | **Od kogo będzie zakup** | Ilość | **Cena netto** | WARTOŚC ZAKUPU |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora tj. ZPZPw celu realizacji projektów refundacyjnych oraz działalności Statutowej ZPZP, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Dane będą przetwarzane w zbiorze danych osobowych o nazwie „Baza Użytkowników”

2. Oświadczam, że zapoznałem się z informacją zawartą na drugiej stronie niniejszego formularza.

…………………………………… ………………… ………………………….  
akceptacja zapotrzebowania przez Prezesa Koła data czytelny podpis pszczelarza