

OŚWIADCZENIE¹⁾

....., dnia

Nazwa/imię i nazwisko rolnika³⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer identyfikacyjny rolnika nadany przez ARiMR³⁾

Dokładny adres, kod pocztowy³⁾

Województwo, powiat³⁾

Telefon kontaktowy³⁾

----- - 6420 - ----- / -- / --
Znak sprawy²⁾

.....
Pieczęć podmiotu realizującego i koordynującego zadania
w zakresie ochrony zasobów genetycznych

Nr⁴⁾

WYKAZ KÓZ MATEK ZAKWALIFIKOWANYCH DO PROGRAMU OCHRONY ZASOBÓW GENETYCZNYCH

RASA³⁾ Stan na dzień 15 marca 20..... r. zakwalifikowanokóz matek⁴⁾

Lp.	Koza: Numer i księga ³⁾	Numer zwierzęcia nadany w systemie identyfikacji i rejestracji zwierząt (IRZ) ³⁾	Data urodzenia ³⁾	Ojciec: Numer i księga ³⁾	Matka: Numer i księga ³⁾	Kwalifikacja (tak/nie) ⁴⁾
1	2	3	4	5	6	7

.....
(data, podpis rolnika)

.....
(data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej
podmiotu prowadzącego księgę hodowlaną)

.....
(data, pieczęć i podpis przedstawiciela podmiotu realizującego
i koordynującego zadania w zakresie ochrony zasobów genetycznych
– Instytutu Zootechniki PIB)

¹⁾ Oświadczenie należy dołączyć do **pierwszego i kolejnego wniosku o przyznanie płatności** w ramach interwencji 6. Zachowanie zagrożonych zasobów genetycznych zwierząt w rolnictwie (PS WPR 2023-2027)

²⁾ Wypełnia ARiMR.

³⁾ Wypełnia rolnik.

⁴⁾ Wypełnia Instytut Zootechniki PIB.