|  |
| --- |
| **logo_agronom_Agronom berries**  **AGRONOM BERRIES SP. Z O.O.** |
| **FORMULARZ DOSTAWCY** | **NR KLIENTA** |  |
| **WYPEŁNIA WŁAŚCICIEL FIRMY** |
| NAZWA FIRMY |  | OSOBA REPREZENTUJĄCA FIRMĘ |  |
| NIP |  |
| ADRES |  |
| TEL.KONTAKTOWY |  | E-MAIL |  |
| NUMER KONTA BANKOWEGO I NAZWA BANKU |  |
| **WYPEŁNIA ROLNIK RYCZAŁTOWY** |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| ADRES |  |
| TEL.KONTAKTOWY |  | E-MAIL |  |
| SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO |  | WYDANY DNIA |
| WYDANY PRZEZ |  |
| NUMER KONTA BANKOWEGO I NAZWA BANKU |  |
| **WYPEŁNIAJĄ WSZYSCY** |
| CZY WDROŻONY CERTYFIKAT GLOBAL GAP? |  | NR GGN |  |
| POWIERZCHNIA UPRAWY |  | PLANOWANA WIELKOŚĆ DOSTAW W SEZONIE (kg) |  |
| SPOSÓB NAWADNIANIA |  |
| WYKAZ ŚRODKÓW CHEMICZNYCH ZASTOSOWANYCH W UPRAWIE  |
| **Nazwa środka i substancji aktywnej** | **Dawka środka na 1 ha** | **Liczba wykonanych zabiegów****(w sezonie wegetacyjnym)** | **Data zabiegu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 ………………………………………………………………………

 Data, Podpis

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że podczas produkcji owoców dostarczanych do firmy Agronom Berries Sp. z o.o. zastosowałem/am jedynie wyżej wymienione środki chemiczne w całym sezonie wegetacyjnym. Wykaz środków jest zgodny z rejestrem zabiegów prowadzonych w moim gospodarstwie.

………………………………………………………………………

 Data, Podpis