|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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