Plná moc
k podání žádosti o náhradu nákladů vynaložených na vyšetření měli v ochranném pásmu moru včelího plodu

My, níže uvedení a podepsaní chovatelé včel tímto

z m o c ň u j e m e

Český svaz včelařů, o.s. základní organizaci …… ……..

se sídlem …….

k podání žádosti MZe ČR o poskytnutí náhrady (zálohy na náhradu) nákladů a ztrát vzniklých v souvislosti s nebezpečnou nákazou z prostředků státního rozpočtu podle § 67 a násl. zákona č. 166/1999 Sb. o veterinární péči v platném znění, konkrétně k podání žádosti o náhradu nákladů vynaložených na vyšetření měli v ochranném pásmu moru včelího plodu, stanoveném Nařízením SVS č.j. ……..…… ze dne ……

V …… dne ……..

Poř. číslo	Jméno Příjmení	Datum narození Reg. číslo chovatele	Adresa (ulice, č. popisné, PSČ, obec)	Podpis

Plná moc k podání žádosti o náhradu nákladů vynaložených na vyšetření měli v ochranném pásmu

<table>
<tr><th rowspan="2">Poř. číslo</th><th>Jméno</th><th>Datum narození</th><th rowspan="2">Adresa
(ulice, obec, č. popisné, PSČ)</th><th rowspan="2">Podpis</th></tr>
<tr><th>Příjmení</th><th>Reg. číslo chovatele</th></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

Plná moc k podání žádosti o náhradu nákladů vynaložených na vyšetření měli v ochranném pásmu

Poř. číslo	Jméno	Datum narození	Adresa (ulice, obec, č. popisné, PSČ)	Podpis
	Příjmení	Reg. číslo chovatele		

Výše uvedené zmocnění přijímám.

Předseda (místopředseda) ZO ČSV:

(jméno, příjmení, podpis): .....

Jednatel ZO ČSV:

(jméno, příjmení, podpis): .....