

NOTIFICACIÓN DE INICIO DE TRASHUMANCIA APÍCOLA

Nº EXPLOT. : / /

Nº ORDEN :

A RELLENAR POR EL INTERESADO. DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDOS ó RAZON SOCIAL	N.I.F. ó C.I.F.
DOMICILIO	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD	TELEFONO
MUNICIPIO	PROVINCIA

A RELLENAR POR EL INTERESADO.			
Nº DE COLMENAS TOTALES	Nº DE COLMENAS DE LA AYUDA	Nº COLMENAS TRASHUMANCIA DE LA AYUDA	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
FECHA DE COMIENZO DE TRASHUMANCIA _____ / _____ / _____			
FECHA DE FINALIZACIÓN DE TRASHUMANCIA _____ / _____ / _____			
LUGAR DE ORIGEN DE TRASHUMANCIA:			
Nº de Asentam.	Municipio	Coordenadas UTM	
		X	Y

Provincia/as donde se prevé instalar colmenas: _____

En _____ a _____ de _____ de 201_____

Fdo.: _____

NOTA: ESTE IMPRESO ES ORIENTATIVO, PUDIENDOSE TAMBIEN NOTIFICAR MEDIANTE ESCRITO PRESENTADO POR EL INTERESADO, EN EL CUAL SE INDIQUEN TODOS LOS APARTADOS EXIGIDOS.