

OŚWIADCZENIE dotyczące nabycia trucizn

Ja/my,

Imię i nazwisko / nazwa:

.....

Adres

.....

Referencyjny numer upoważnienia / zezwolenia / rejestracji (*niepotrzebne skreślić*):

.....

wydanego w dniu

.....

przez (*nazwa i adres organu*)

.....

bezterminowo / ważne do (*niepotrzebne skreślić*):

.....

zamierzamy zamówić od:

EMPIRIOSKOP Barbara Baldyga

ul. Powstańców Śląskich 89B / 181, 01-355 WARSZAWA

Następującą substancję

Metanol (alkohol metylowy)

Ilość: 1000ml

Substancja zostanie wykorzystana wyłącznie do celówi jest zamówiona w ilości,

która normalnie jest uważana za zapas wystarczający namiesiące. (*maksymalnie 12 miesięcy*)

Podpis

Imię i nazwisko / nazwa (*drukowanymi literami*)

Stanowisko

Data