

.....
Imię i Nazwisko właściciela zwierząt

.....
Adres.

.....
Telefon.....

.....
email.....

Powiatowy Lekarz Weterynarii

W

WNIOSEK O PRZEMIESZCZENIE ŚWIŃ

ze stada do rzeźni

ze stada do stada

INFORMACJE O WYSYŁCE

Numer siedziby stada		
Czy do stada w okresie ostatnich 30 dni były przemieszczane zwierzęta ? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Liczba przemieszczanych zwierząt	sztuk:	z budynku numer:
Oznakowanie zwierząt		
Planowana data przemieszczenia		
Siedziba stada spełnia wymogi w zakresie ogrodzeń oraz planu bezpieczeństwa biologicznego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Dane dotyczące siedziby stada	liczba zwierząt w stadzie sztuk: liczba budynków sztuk:	

PRZEMIESZCZENIE DO RZEZNI

Nazwa rzeźni		
Adres rzeźni		
WNI rzeźni		
Rodzaj Przemieszczenia	<input type="checkbox"/> BEZPOŚREDNIO DO RZEŹNI	<input type="checkbox"/> PRZEZ MIEJSCE ZGROMADZENIA Adres.....
Lokalizacja rzeźni	Strefa : <input type="checkbox"/> NIEBIESKA I <input type="checkbox"/> RÓŻOWA II <input type="checkbox"/> CZERWONA III	

PRZEMIESZCZENIE Z / DO STADA

Numer siedziby stada		
Imię i Nazwisko		
Adres		
Lokalizacja miejsca przeznaczenia	Strefa : <input type="checkbox"/> NIEBIESKA I <input type="checkbox"/> RÓŻOWA II <input type="checkbox"/> CZERWONA III	
Status stada wysyłającego	<input type="checkbox"/> urzędowo wolny od choroby Aujeszkyego	<input type="checkbox"/> inny
Status stada odbiorcy	<input type="checkbox"/> urzędowo wolny od choroby Aujeszkyego	<input type="checkbox"/> inny

W ciągu ostatnich 15 dni w gospodarstwie stwierdzono:

Poronienia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Podwyższoną liczbę padnięć świń	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Spadek spożycia paszy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zwierzęta z podwyższoną temperaturą wewn. ciała	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Objawy mogące wskazywać na ASF	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Objawy innej niezdiagnozowanej choroby	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Opis trasy przejazdu lub załącznik graficzny (mapka)

Blank area for providing the route description or a graphical attachment (map).

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy