……………………………………

(Miejscowość i data)

…………………………………………….

(Imię i nazwisko)

…………………………………………….

(Adres zamieszkania)

…………………………………………….

(Adres siedziby stada)

…………………………………………….

(Numer siedziby stada)

…………………………………………….

(Numer telefonu)

……………………………………….

(Adres e-mail)

DO POWIATOWEGO LEKARZA WETERYNARII W IŁAWIE

Proszę o wydanie pozwolenia na przemieszczenie świń (lochy, loszki, knury, knurki, tuczniki, warchlaki prosięta\*) w ilości …………......................................................................... oznakowanych numerem indentyfikacyjnym …………………………………………. z siedziby stada znajdującej się pod adresem ……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

(adres siedziby stada, numer siedziby stada)

Liczba budynków w których utrzymywane są świnie………………………………………………………..

Liczba zwierząt w każdym z budynków……………………………………………………………………………..

Zwierzęta mają zostać przemieszczone do ……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko, nazwa zakładu, adres siedziby, numer siedziby stada)

w dniu ……………………

Lekarz weterynarii wystawiający świadectwa zdrowia ….…………………………………….

…………………………………………

(Data i podpis)

\*- niepotrzebne skreślić.