|  |  |
| --- | --- |
| ***Do Powiatowego Lekarza Weterynarii w:*** |  |
| Osoba zgłaszająca |
| Imię:  |  |
| Nazwisko:  |  |
| Adres zam.:  |  |
| Telefon:  |  |
| Miejsce padnięcia zwierzęcia – adres gospodarstwa |
| *imię i nazwisko posiadacza zwierzęcia* |  |
| *nr siedziby stada* |  |
| *adres gospodarstwa* |  |
| *miejscowość* |  |
| *powiat* |  |
| *województwo* |  |
| Opis gospodarstwa |
| *rodzaj produkcji* | **[ ]**  mleczne, | **[ ]**  opasowe, | **[ ]** inne, |
| *liczba sztuk zwierząt* |  |
| Identyfikacja padłego zwierzęcia  |
| *nr kolczyka zwierzęcia* |  |
| *data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)*  |  |
| *płeć* |  *samiec* **[ ]**  |  *samica* **[ ]**  |
|  |  |  |
| ***Data i godzina padnięcia:***  |      :      |
| Przyczyna padnięcia | **USTALONA\*** **[ ]**  | **NIE USTALONA** **[ ]**  |
| Zakład utylizacyjny do którego zgłoszono odbiór padłej sztuki:  |  |  |

\* podać przyczynę padnięcia

 ……………………………………………

 Podpis właściciela zwierzęcia