|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE 0 WYSYŁCE** | | | | | | | | | |
| Numer siedziby stada | | | | | |  | | | |
| Czy do stada w okresie ostatnich 30 dni były przemieszczane zwierzęta ? □ Tak □ Nie (Obowiązkowo wypełnić) !!! UWAGA: NIE DOTYCZY W PRZYPADKU PRZEMIESZCZENIA DO UBOJNI !!! | | | | | | | | | |
| Liczba przemieszczanych zwierząt i nr budynku | | | | | | sztuk: | | z budynku numer: | |
| Oznakowanie zwierząt numer | | | | | | □ kolczyk nr: | | □ tatuaż nr: | |
| Planowana data przemieszczenia | | | | | |  | | | |
| Zakład spełnia wymogi w zakresie ogrodzeń oraz planu bezpieczeństwa biologicznego | | | | | | □ТАК □ NIE W OKRESIE DOSTOSOWAWCZYM do 31.10.2021г.  (Obowiązkowo wypełnić)!!!! | | | |
| Dane dotyczące stada  trzody chlewnej, z którego mają być  przemieszczone świnie | | | | | | LICZBA ZWIERZĄT W STADZIE sztuk: LICZBA BUDYNKÓW sztuk: . | | | |
| Łączna liczba zwierząt w budynku, z którego mają być przemieszczane świnie………….. szt. | | | |
| Lokalizacja miejsca wysyłki | | | | | | Strefa : □ NIEBIESKA I □ RÓŻOWA II □ CZERWONA III | | | |
| **PRZEMIESZCZENIE DO RZEZNI** | | | | | | | | | |
| Nazwa rzeźni | | |  | | | | | | |
| Adres rzeźni | | |  | | | | | | |
| Nr siedziby stada rzeźni | | | PL | | | | | | |
| Rodzaj Przemieszczenia | | | □ BEZPOŚREDNIO DO RZEŹNI | | | | PRZEZ MIEJSCE ZGROMADZENIA  □ w | | |
| Lokalizacja rzeźni | | | Strefa : □ NIEBIESKA I □ RÓŻOWA II □ CZERWONA III | | | | | | |
| **PRZEMIESZCZENIE DO STADA** | | | | | | | | | |
| Nr. Siedziby stada odbiorcy | | | |  | | | | | |
| Imię i Nazwisko odbiorcy świń | | | |  | | | | | |
| Adres |  | | | | | | | | |
| Lokalizacja miejsca przeznaczenia | | | | |  | | | | |
| Stada wysyłającego | | □ urzędowo wolny od choroby Aujeszkyego □ inny | | | | | | | |
| Stada odbiorcy | | □ urzędowo wolny od choroby Aujeszkyego □ inny | | | | | | | |
| **UWAGA: DO WNIOSKU NALEŻY OBOWIĄZKOWO DOŁĄCZYC PLAN TRASY**  **(OPISOWY LUB GRAFICZNY- MAPKA)** | | | | | | | | |

………………………………………………………………………………….

Imię i Nazwisko właściciela zwierząt

**Powiatowy Lekarz Weterynarii w Puławach**

…………………………………………………………………………….

Adres.

Telefon………………………………………………………………………………….. email……………………………………………………………………………….

WNIOSEK O PRZEMIESZCZENIE ŚWIŃ

□ ze stada do rzeźni □ ze stada do stada

………….…………………………

Czytelny podpis wnioskodawcy