

.....  
Imię i Nazwisko właściciela zwierząt

.....  
Adres.

.....  
Telefon.....

.....  
email.....

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
w Puławach**

### WNIOSEK O PRZEMIESZCZENIE ŚWIŃ

ze stada do rzeźni

ze stada do stada

#### INFORMACJE O WYSYŁCE

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

#### PRZEMIESZCZENIE DO RZEZNI

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

#### PRZEMIESZCZENIE Z / DO STADA

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