…………………….. dnia………………….

…………………………………………………

 imię i nazwisko właściciela

…………………………………………………

Adres

………………………………………………...

telefon kontaktowy **Powiatowy Lekarz Weterynarii**

 **w Mławie**

 **Informacja**

Informuję o  **odbiorze ubocznych produktów pochodzenia zwierzęcego- wymienić:** …………………………………………………………………………………………………….

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

 z mojego gospodarstwa (nazwa) ……………………………………………………………………………………………………………

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

 znajdującego się w: ( adres ) …………………………………………………………………………………………………

………………………………………………WNI/ nr z rejestru ….......………………………....

Do Zakładu ( nazwa i adres zakładu) ………………………………………………………………………………………………………….

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

w ilości…………………………………………………………………………………………………

Planowany termin wywozu sztuk padłych: **(data i godzina** **planowego**

**wywozu**)…………………………………………………………………………………………….

**W/W GOSPODARSTWO ZNAJDUJE SIĘ**

**W STREFIE ZAGROŻONEJ / ZAPOWIETRZONEJ**

……………………………

 podpis właściciela