……………………………………….. ……………………………………..

(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

………………………………………..

………………………………………..

(adres gospodarstwa)

………………………………………..

(nr siedziby stada)

………………………………………..

(nr telefonu)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii w …………………….**

Proszę o wyrażenie zgody na ubój/sprzedaż świń z mojego stada, w ilości ………………………… szt., oznakowanych kolczykiem/tatuażem ……………………………, w dniu …………………………………….., do gospodarstwa/rzeźni:

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

(nazwa i adres rzeźni/gospodarstwa, WNI rzeźni/nr stada)

………………………………………..

(podpis hodowcy)

**Wypełnia urzędowy lekarz weterynarii**

Pobrano próbek krwi: ……………………………….., w dniu ………………………………………..

…………………………………………

(podpis lekarza)