

Mława,

Imię

Nazwisko

Adres

.....

Tel.....

Adres email

Do Powiatowego Lekarza Weterynarii w Mławie

Wniosek o pozwolenie na przemieszczenie trzody chlewnej

Proszę o wyrażenie zgody na przemieszczenie sztuk trzody chlewnej z gospodarstwa

.....

.....

..... **(Nazwa, adres, numer siedziby).**

Znajdującego się w strefie ASF

do rzeźni /gospodarstwa

.....

.....

(nazwa ,numer WNI)

położonej / położonego

..... **(adres).**

Aktualny stan pogłowia w gospodarstwie wynosi **(sztuk)**

Planowany termin przemieszczenia trzody chlewnej

Gospodarstwo posiada pełne ogrodzenie Tak /NIE

Gospodarstwo posiada zatwierdzony plan bezpieczeństwa biologicznego Tak/NIE

.....

Podpis

W załączeniu 10 zł opłaty skarbowej