Miejscowość………………………….., dnia ……………………………. godz. ……. : ……

………………………………………………….

imię i nazwisko

…………………………………………………...

adres zamieszkania

……………………………………………………………………………..

nr siedziby stada

Powiatowy Lekarz Weterynarii

 w Tczewie

**Zgłoszenie zwierzęcia do uboju z konieczności**

1. Opis zwierzęcia: (gatunek, nr identyfikacyjny, płeć, wiek/data urodzenia) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Data wizyty lekarza weterynarii opiekującego się stadem: ……………………………………………(dzień i godzina)
3. Powód skierowania zwierzęcia do uboju :………………………………………………………………………………………… ……… ……… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Zastosowane leczenie/produkty lecznicze weterynaryjne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
5. Rzeźnia, do której zostanie przewiezione zwierzę poddane ubojowi z konieczności: ……………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………...
6. Imię i nazwisko oraz adres wykwalifikowanego ubojowca: ………………………………………………………… …… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
7. Przewidywany termin przyjazdu wykwalifikowanego ubojowca: ………………………………(dzień i godzina)

…………………………………………

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie ……………………………….

 Podpis osoby zgłaszającej