………………………………………………

(miejscowość, data)

……………………………………………………….

(imię i nazwisko/nazwa)

………………………………………………………..

(adres)

………………………………………………………

(nr telefonu)

**Do Powiatowego Lekarza Weterynarii
w Suwałkach**

Proszę o wyrażenie zgody na przemieszczenie z mojego stada o numerze siedziby PL……………………………………………………………..., utrzymywanego w miejscowości ……………………………………………………………, świń w liczbie …………………. sztuk oznakowanych kolczykiem/tatuażem nr PL………………………………………………….………… w ilościach i dniach, odpowiednio:

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

(data i liczba sztuk)

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

(data i liczba sztuk)

do gospodarstwa/rzeźni:

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

(nazwa)

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

(adres)

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

(nr siedziby stada)

**Środek transportu Nr rejestracyjny**: …………………………………………………………………..

**Numer WNI przewoźnika OBOWIĄZKOWE** …………………………………..……………………

**Data ostatniej wysyłki świń z gospodarstwa** …………………...………………………………………

Równocześnie oświadczam, że:

* przemieszczane świnie przebywały w moim gospodarstwie co najmniej przez 30 dni poprzedzające przemieszczenie lub od dnia urodzenia.

…………………………………………………………..

(podpis wnioskującego)