**ZGŁOSZENIE POTRZEBY UZYSKANIA ŚWIADECTWA ZDROWIA W OBROCIE KRAJOWYM ZWIERZĄT**

DATA I GODZINA ZGŁOSZENIA……….…………………………………………………

IMIĘ I NAZWISKO……………………………………………………………………………

ADRES WŁAŚCICIELA, NUMER SIEDZIBY STADA

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

NUMER TELEFONU…………………………………………………………………………

ILOŚĆ ŚWIŃ (w szt.) .………………………………………………………….…………….

DATA PLANOWANEJ WYSYŁKI…………………………………………………………..

ŚRODEK TRANSPORTU, NR REJESTRACYJNY…………………………………………

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

MIEJSCE PRZEZNACZENIA……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………

 podpis właściciela

**UWAGA! BADANIE WAŻNE JEST PRZEZ 24 GODZINY!**