

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Adres siedziby stada)

.....
(Numer siedziby stada)

.....
(Numer telefonu)

.....
(Adres e-mail)

Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Nowym Mieście Lubawskim

Proszę o wydanie pozwolenia na przemieszczenie świń (lochy, loszki, knury, knurki, tuczniaki, warchlaki prosięta*) w ilościoznakowanych numerem identyfikacyjnym z siedziby stada znajdującej się pod adresem

.....
.....

(adres siedziby stada, numer siedziby stada)

Liczba budynków w których utrzymywane są świnie.....

Liczba zwierząt w każdym z budynków.....

Zwierzęta mają zostać przemieszczone do

.....
.....

(imię i nazwisko, nazwa zakładu, adres siedziby, numer siedziby stada)

w dniu

Lekarz weterynarii wystawiający świadectwa zdrowia

.....
(Data i podpis)

*- niepotrzebne skreślić.