……..
Miejscowość i Data

Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Nowym Mieście Lubawskim

ZGŁOSZENIE
WSTAWU / PRZERZUTU *

Imię i nazwisko właściciela: …….

Numer identyfikacyjny i adres fermy: ……..

……...

Data wstawu: …… Data przerzutu: ……..……..

Numer obiektu: …….… Przerzut z karty nr: …….....

Gatunek: ……..…… Rasa: ……...…..…. Ilość ptaków: …….……..

Zakład wylęgu drobiu: …….……

Przewidywany termin badania w kierunku Salmonella: ……..

Lek. wet. opiekujący się fermą: ……..

Szczepienie przeciwko rzekomemu pomorowi drobiu: TAK / NIE

Adres e-mail: ……..…….

Data zejścia poprzedniego stada ze wskazanego obiektu (data ostatniego wystawionego świadectwa zdrowia): ……

……..
Podpis hodowcy

*niepotrzebne skreślić