…………………………….., dnia ……………………………..

(miejscowość)

……………………………………………….

zam. ……………………………………..

poczta ……………………………………………

Nr siedziby stada …………………………………………….

**Powiatowy Lekarz Weterynarii w Suwałkach**

**Nasz znak: PIW-Z.503.6…………….2020**

Proszę o pobranie krwi do badań w kierunku ASF przed sprzedażą na ***ubój trzody chlewnej / przemieszczeniem trzody chlewnej do dalszego chowu1*** przez urzędowego lekarza weterynarii.

Proszę o wyrażenie zgody na przemieszczenie zwierząt w ilości ……… sztuk.

Sprzedaż trzody chlewnej planowana jest na dzień …………………………

Do ***rzeźni/do gospodarstwa1*** ………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer rejestracyjny środka transportu: ………………….

………………………

(podpis właściciela)

1. Niepotrzebne skreślić