…………………………….., 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