Informacje dotyczące łańcucha żywnościowego zwierząt kierowanych do uboju

Imię i nazwisko właściciela lub nazwa	*Miejscowość*		*Ulica nr*	
	Kod		*Poczta*	
	Powiat		*Gmina*	
	Nr gospodarstwa / Nr stada			

Deklaracje właściciela zwierząt

Zwierzęta wywożone do rzeźni (nazwa, adres, WNI)	*Gatunek*	*Ilość sztuk*	*Nr środka transportu*

Oświadczam, że zwierzęta są oznakowane zgodnie z Rozporządzeniem (WE) 1760/2000 art. 4

Informacje dotyczące leczenia zwierząt

Zwierzęta były leczone				nie*	tak*
Stosowane preparaty lecznicze	Okres stosowania				Okres karencji
	od		do		

Imię i nazwisko lek. wet. prowadzącego leczenie	*Adres*

Informacje dotyczące występowania chorób zakaźnych

Gospodarstwo było objęte rygorem zwalczania chorób zakaźnych				tak*	nie*
Nazwa choroby	Gatunek zwierząt	czas trwania			
		od		do	

Informacje dotyczące żywienia zwierząt

Zwierzęta były karmione paszą pochodzącą z: wytwórni pasz / własne gospodarstwo*

Nazwa i adres zakładu	*Nr zakładu / Nr gospodarstwa (Nr paszowy)*

Stosowane dodatki paszowe	data	Nazwa dodatku paszowego

Informacje dotyczące badań monitoringowych

W gospodarstwie pobierano do badań monitoringowych	Krew**	Mocz**	Woda**	Mleko**	Środki żywienia zwierząt**

Informacje dotyczące podjętych środków kontroli

Właściwego stosowania	*Dodatków paszowych*		*Leków weterynaryjnych*	
	tak*	nie*	tak*	nie*

Informacje dotyczące programów nadzoru i kontroli

Gospodarstwo posiada programy dotyczące nadzoru i kontroli z zakresu:

Zdrowia zwierząt		*Dobrostanu zwierząt*		*Zdrowia roślin mających wpływ na zdrowie człowieka*		*Czynników odzwierzęcych*		*Charakteru i pochodzenia paszy*	
tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*

Czy w gospodarstwie stwierdzono dodatnie wyniki badań	nie*	tak*	Jeżeli tak to podać kiedy i jakie:

Data	*Czytelny podpis właściciela zwierząt*

Wypełnia zakład uboju zwierząt			
	Data dostarczenia do uboju	*Data uboju*	*Podpis osoby przyjmującej zwierzęta do uboju*

Wypełnia urzędowy lekarz weterynarii			
	Data badania przedubojowego	*Poz. dz.*	*Podpis urzędowego lekarza weterynarii*

**** Niepotrzebne skreślić*** ***** Dla właściwej odpowiedzi wstawić literę X***

LP	Nr Kolczyka	LP	Nr Kolczyka	LP	Nr Kolczyka
1	P L	5	P L	9	P L
2	P L	6	P L	10	P L
3	P L	7	P L	11	P L
4	P L	8	P L	12	P L