Mława, ………………………………………

Imię …………………………………………….

Nazwisko ……………………………………..

Adres ……………………………………………

……………………………………………………..

Tel…………………………………………………

Adres email ………………………………….

**Do Powiatowego Lekarza Weterynarii w Mławie**

**Wniosek o pozwolenie na przemieszczenie trzody chlewnej**

 Proszę o wyrażenie zgody na przemieszczenie …………………. sztuk trzody chlewnej z gospodarstwa …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. (**Nazwa, adres, numer siedziby**).

Znajdującego się w strefie ASF ………………………….

do rzeźni /gospodarstwa ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….(**nazwa ,numer WNI**)

położonej / położonego

…………………………………………………………………………………………………………………………………. (**adres**).

Aktualny stan pogłowia w gospodarstwie wynosi **………………. (sztuk)**

Planowany termin przemieszczenia trzody chlewnej **………………………………………………….**

**Gospodarstwo posiada pełne ogrodzenie Tak /NIE**

**Gospodarstwo posiada zatwierdzony plan bezpieczeństwa biologicznego Tak/NIE**

 …………………………………………..

 Podpis

W załączeniu 10 zł opłaty skarbowej