

INFORMACJE DOTYCZĄCE ŁAŃCUCHA ŻYWIENIOWEGO ZWIERZĄT KIEROWANYCH DO UBOJU

..... Imię i nazwisko lub nazwa właściciela	miejsowość		Nr domu	
	kod		poczta	
	gmina		powiat	
	Nr gospodarstwa			

DEKLARACJE WŁAŚCICIELA ZWIERZĄT

..... Zwierzęta wywożone do rzeźni (nazwa, adres, WNI) gatunek ilość sztuk Nr środka transportu
---	------------------	----------------------	-------------------------------

Informacje dotyczące leczenia zwierząt

Czy zwierzęta były leczone	tak*	nie*	Stosowane preparaty lecznicze, dla których określono okresy karencji		
Nazwa preparatu leczniczego:			Okres stosowania:		Okres karencji do:
			od	do	
			od	do	
			od	do	
			od	do	
Nazwisko lekarza wet. prowadzącego leczenie:					adres

Informacje dotyczące występowania chorób zakaźnych

Gospodarstwo było objęte rygiorem zwalczania chorób zakaźnych				tak*	nie*
Nazwa choroby:	Gatunek zwierząt:	Czas trwania:			
		od		do	
		od		do	
		od		do	

Informacje dotyczące żywienia zwierząt

Zwierzęta były karmione paszą pochodzącą: z wytwórni pasz* / z własnego gospodarstwa*		
..... Nazwa i adres zakładu produkującego paszę Nr zakładu / nr gospodarstwa produkującego paszę	
Stosowane dodatki paszowe	Data	Nazwa dodatku paszowego

Informacje dotyczące badań monitoringowych

Czy 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*	tak*

Informacje dotyczące programów nadzoru i kontroli

Czy 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				tak*	nie*	Jeżeli, tak, to podać gdzie i kiedy:			

..... Data Czytelny podpis właściciela zwierząt
---------------	---

Wypełnia zakład uboju zwierząt Data dostarczenia do oboju Data uboju Podpis osoby przyjmującej zwierzęta do uboju
---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------	---

Wypełnia urzędujący lekarz weterynarii Data badania przedubojowego Poz. dz. Podpis urzędowego lekarza weterynarii
 Data badania pobojuowego Poz. dz. Podpis urzędowego lekarza weterynarii

* Niepotrzebne skreślić

**Dla właściwej odpowiedzi wstawić literę x