

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres gospodarstwa)

.....  
(nr siedziby stada)

.....  
(nr. telefonu)

Do Powiatowego Lekarza Weterynarii  
w Węgorzewie

Proszę o wyrażenie zgody na przemieszczenie z mojego stada o numerze  
PL..... położonego w miejscowości ..... ,  
.....szt. świń oznakowanych kolczykiem / tatuażem\*.....  
w następujących dniach:

.....  
(data)

.....  
(liczba sztuk)

.....  
(data)

.....  
(liczba sztuk)

Do gospodarstwa/rzeźni

.....  
(Nazwa siedziby)

.....  
(Adres siedziby)

.....  
(Numer siedziby stada)

Celem.....

.....  
(podpis)

Niepotrzebne skreślić \*