

## Informacje dotyczące łańcucha żywnościowego zwierząt kierowanych do uboju

Imię i nazwisko właściciela lub nazwa	miejsowość		nr posesji				
	kod		poczta				
	powiat		gmina				
	Nr. gospodarstwa						
<b>Deklaracje właściciela zwierząt</b>							
Zwierzęta wywożone do rzeźni (nazwa, adres, WNI)	gatunek	ilość sztuk	nr środka transportu				
<b>Informacje dotyczące leczenia zwierząt</b>							
Zwierzęta były leczone	okres stosowania			nie*	tak*		
Stosowane preparaty lecznicze	od		do		okres karencji		
	od		do				
	od		do				
	od		do				
imię i nazwisko lek. wet. prowadzącego leczenie			adres				
<b>Informacje dotyczące występowania chorób zakaźnych</b>							
Gospodarstwo było objęte rygiorem zwalczania chorób zakaźnych				tak*	nie*		
Nazwa choroby	gatunek zwierząt	czas trwania					
		od		do			
		od		do			
<b>Informacje dotyczące żywienia zwierząt</b>							
Zwierzęta były karmione paszą pochodzącą z: wytwórni pasz/własne gospodarstwo*							
Nazwa i adres zakładu		nr zakładu/nr gospodarstwa					
Stosowane dodatki paszowe	data	Nazwa dodatku paszowego					
<b>Informacje dotyczące badań monitoringowych</b>							
W gospodarstwie pobierano do badań monitoringowych		Krew**	mocz**	woda**	mleko**	środki żywienia zwierząt**	
<b>Informacje dotyczące podjętych środków kontroli</b>							
właściwego stosowania			dodatków paszowych		leków weterynaryjnych		
			tak*	nie*	tak*	nie*	
<b>Informacje dotyczące programów nadzoru i kontroli</b>							
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*
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