Data :………………………………………………………

Wniosek

**o pozwolenie na przemieszczenie świń pochodzących z gospodarstwa położonego na obszarze objętym ograniczeniami II do rzeźni**

Imię i nazwisko…………………………………...................................................

Miejscowość, nr domu……………………………………………………………………

Kod pocztowy, poczta………………………………………………………………………

Numer siedziby stada ,lokalizacja …………………………………………………………………………………………………..

Maksymalna liczba świń przeznaczonych do przemieszczenia……………………

Pełna nazwa miejsca przeznaczenia ( rzeźnia)………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

Jeśli przez miejsce gromadzenia to nazwę i adres…………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

Przewoźnik ……………………………………………………………………………………

Planowana data sprzedaży………………………………………………………………..

………………………………..

podpis

Należy uiścić opłatę skarbową: **10 zł**

**Urząd Miejski w Koninie**

Getin Noble Bank S.A: **67 15 60 0013 2015 2804 6127 0034**

tytułem : **wydania decyzji weterynaryjnej**

Chcę, aby Powiatowy Lekarz Weterynarii w Koninie kontaktował się ze mną za pośrednictwem numeru telefonu:……………………………………….. i adresu e:mail:……………………………………………………………….w kwestiach związanych z dotyczącą mnie sprawą i w tym celu dobrowolnie podaję swoje dane.

………………………………………..

podpis