……………………………………………… Kolbuszowa, dn. …………………..

Imię, nazwisko

………………………………………………

Adres / telefon

………………………………………………

……………………………………………….

Nr siedziby stada

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

 **w Kolbuszowej**

**Wniosek o nadanie statusu stada świń względem wirusa choroby Aujeszkyego**

Proszę o wydanie decyzji w sprawie uznania posiadanego przeze mnie stada **za urzędowo wolne od wirusa choroby Aujeszkyego**.

świnie zakupiłem od ……………………………………………………………………………………... zam. ………………………………………………………………………………………………………….

kopia świadectwa zdrowia w załączeniu;

**lub**

stado zostało przepisane w Biurze Powiatowym ARiMR w dniu: ………………………….…..

Imię i Nazwisko poprzedniego właściciela: ……………………………………………………….…

Adres siedziby stada poprzedniego właściciela: …………………………………………………….

………………………………………

 *(podpis wnioskującego)……………..*

###