

....., dn. ....  
*Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu* *miejsowość* *data*

.....  
*dokładny adres*

\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ .....  
*Nr siedziby stada PL* .....

*PESEL:* .....

*NIP:* .....

*Tel.* .....

**POWIATOWY LEKARZ WETERYNARII**  
**w Gołdapi**

**WNIOSEK O WYDANIE DECYZJI STATUSU ZDROWOTNOŚCI STADA**

Ja, niżej podpisany zgodnie z zapisem art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 11 marca 2004 roku o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz. U. z 2008 r. Nr 213 poz. 1342) informuję, że prowadzę chów ..... . W chwili obecnej dane prowadzonej działalności wyglądają następująco:

1. Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu – właściciela .....
2. Dokładny adres zamieszkania lub siedziby podmiotu .....  
.....
3. Gatunek zwierząt: ..... Liczba zwierząt: .....
4. Pochodzenie zwierząt – Nr siedziby: PL .....
5. Typ produkcji: .....

W związku z powyższym zwracam się z wnioskiem o nadanie statusu zdrowotności  
mojemu stadu.

.....  
*Czytelny podpis właściciela lub osoby upoważnionej*

**UWAGI:**