

Informacje dotyczące łańcucha żywnościowego zwierząt kierowanych do uboju

Imię i nazwisko właściciela lub nazwa	miejsowość		nr posesji				
	kod		poczta				
	powiat		gmina				
	Nr. gospodarstwa						
Deklaracje właściciela zwierząt							
ZM Salus Sp. z o.o. 30220203							
Zwierzęta wywożone do rzeźni (nazwa, adres, WNI)	gatunek	Ilość sztuk	nr środka transportu				
Informacje dotyczące leczenia zwierząt							
Zwierzęta były leczone				nie* tak*			
Stosowane preparaty lecznicze	okres stosowania			okres karencji			
	od		do				
	od		do				
	od		do				
	od		do				
imię i nazwisko lek. wet. prowadzącego leczenie		adres					
Informacje dotyczące występowania chorób zakaźnych							
Gospodarstwo było objęte rygiorem zwalczania chorób zakaźnych			tak*	nie*			
Nazwa choroby	gatunek zwierząt	czas trwania					
		od	do				
		od	do				
Informacje dotyczące żywienia zwierząt							
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					
Informacje dotyczące badań monitoringowych							
W gospodarstwie pobierano do badań monitoringowych		Krew**	mocz**	woda**	mleko**	środki żywienia zwierząt**	
Informacje dotyczące podjętych środków kontroli							
właściwego stosowania		dodatków paszowych		leków weterynaryjnych			
		tak*	nie*	tak*	nie*		
Informacje dotyczące programów nadzoru i kontroli							
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