

Nazwa i adres wnioskodawcy:

.....

.....

Tel. Kontaktowy:

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Kościanie

ul. Gostyńska 52

64-000 Kościan

Do Powiatowego Lekarza Weterynarii w Kościanie

Informuję, że dnia o godzinie planuje przemieszczenie trzody chlewnej w ilości szt.

ze stada (nazwa, podmiot)

adres zam.

nr siedziby stada:

do stada: (nazwa, podmiot)

adres zam.

nr siedziby stada:

.....

(Data i podpis)

