



Informacje dotyczące łańcucha żywienia zwierząt kierowanych do uboju

WYPEŁNIA WŁAŚCICIEL							
Nazwisko		Ulica/nr domu					
Imię		Nr gospodarstwa					
Kod pocztowy/poczta		Kod dostawcy					
Miejscowość							
DEKLARACJA WŁAŚCICIELA							
Zwierzęta wywożone do rzeźni: Zakłady Mięsne "Łmeat-Łuków" S.A. w Łukowie, ul. Przemysłowa 15, PL 06110266 WE		Gatunek zwierząt: ŚWINIA		Liczba zwierząt:			
Czy zwierzęta były leczone TAK / NIE*		Jeśli TAK wypełnić poniżej:					
Stosowane preparaty lecznicze, dla których określono okresy karencji:	Nazwa	Czas podawania		Okres karencji			
		Od	Do				
		Od	Do				
Nazwisko Lekarza Weterynarii sprawującego opiekę nad stadem:		Miejscowość:		Ew. nr tel. Lekarza Weterynarii:			
INFORMACJE DOTYCZĄCE WYSTĘPOWANIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH							
Czy gospodarstwo jest objęte programem kontroli choroby Aujeszkiego***:			TAK / NIE*				
Czy gospodarstwo było objęte rygiorem zwalczania chorób zakaźnych i / lub stwierdzono choroby mogące mieć wpływ na bezpieczeństwo żywności:			TAK / NIE*				
Nazwa choroby:	Gatunek zwierząt:	Czas trwania:					
		od				do	
		od				do	
Czy w gospodarstwie zapewniono dobrostan zwierząt			TAK / NIE*				
INFORMACJE DOTYCZĄCE ŻYWIENIA ZWIERZĄT							
Żywienie zwierząt	Rodzaj paszy (podstawowy skład):						
Pochodzenie paszy otrzymywanej przez zwierzęta		Własne gospodarstwo*		Wytwórnia pasz*			
Nazwa i adres zakładu		Nr zakładu/ nr gospodarstwa					
Stosowane dodatki paszowe	Data	Nazwa dodatku paszowego					
INFORMACJE DOTYCZĄCE BADAŃ MONITORINGOWYCH							
Czy na terenie gospodarstwa pobierano próby do badania monitoringowych:		TAK / NIE*	Krew*	Mocz*	Woda*	Mleko*	Pasza*
Czy na terenie gospodarstwa stwierdzono wyniki dodatnie badań:		TAK / NIE*	Jeśli TAK to kiedy i jakie:				
Informacje dotyczące podjętych środków kontroli							
Właściwego stosowania	Dodatków paszowych		TAK / NIE*				
	Leków weterynaryjnych		TAK / NIE*				
Informacje dotyczące programów nadzoru i kontroli							
Gospodarstwo posiada programy dotyczące nadzoru i kontroli:	Zdrowia zwierząt			TAK / NIE*			
	Dobrostanu zwierząt			TAK / NIE*			
	Zdrowia roślin mających wpływ na zdrowie człowieka			TAK / NIE*			
	Czynników odzwierzęcych			TAK / NIE*			
Charakteru i pochodzenia paszy			TAK / NIE*				
Data sprzedaży i miejscowość siedziby stada:		Czytelny podpis właściciela zwierząt					
WYPEŁNIA ZAKŁAD UBOJU ZWIERZĄT							
Nr środka transportu:		Czytelny podpis osoby przyjmującej zwierzęta do uboju					
Data dostarczenia do zakładu:							
Data uboju:							
WYPEŁNIA URZĘDOWY LEKARZ WETERYNARII							
Data badania przedubojowego:		Podpis Urzędowego Lekarza Weterynarii					
Poz. dz.:							

* - właściwe zakreślić

*** - tzn., że są pobierane próbki krwi na badanie w kierunku choroby Aujeszkiego