

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ŁAŃCUCHA ŻYWNOŚCIOWEGO BYDŁA**
zwierząt kierowanych do uboju Zakłady Mięsne Łuków S.A. w Łukowie

WYPEŁNIA WŁAŚCICIEL					
Imię i nazwisko lub nazwa		Gmina			
Miejscowość		Nr siedziby stada pochodzenia zwierząt			
Ulica/nr domu		Nr identyfikacyjne zwierząt			Wypełnić w tabeli na 2 stronie
Kod pocztowy/poczta		Liczebność stada w dniu sprzedaży	Do 300 sztuk	300 sztuk lub więcej	
Powiat		Kod dostawcy			
DEKLARACJA WŁAŚCICIELA					
Zwierzęta wywożone do rzeźni: Zakłady Mięsne Łuków S.A. w Łukowie, ul. Przemysłowa 15 WNI: PL06110266WE		Gatunek zwierząt: BYDŁO*	Liczba zwierząt:		Nr środka transportu:
Oświadczam, że sztuka kierowana do uboju posiada 2 kolczyki	Podpis:	Nr Kolczyka: <i>Zgodnie z tabelą na 2 stronie</i>			Pieczęć: <i>Zgodnie z tabelą na 2 stronie</i>
Czy Bydło przebywało co najmniej 30 dni w wyżej wymienionej siedzibie stada i były zarejestrowane w centralnej bazie IRZ:					TAK / NIE*
Czy podczas chowu zwierząt, w organizmie zwierząt pozostawiono igły weterynaryjne? TAK / NIE*		Jeśli TAK, podać Nr identyfikacyjny (nr kolczyka) oraz część anatomiczną, w której może tkwić pozostałość igły weterynaryjnej:			
Czy podczas chowu w organizm zwierząt wszczepiano chipy identyfikacyjne? TAK / NIE*		Jeśli TAK, podać Nr identyfikacyjny (nr kolczyka) oraz część anatomiczną, w której może tkwić chip:			
Czy fakt wszczęcia w organizm zwierząt chipa identyfikacyjnego został zgłoszony w centralnej bazie IRZ:					TAK / NIE*
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		
		Od	Do		
Nazwisko lekarza weterynarii sprawującego opiekę nad stadem:		Ewentualnie nr tel. lekarza weterynarii:			
INFORMACJE DOTYCZĄCE WYSTĘPOWANIA CHOROÓB					
Czy gospodarstwo było objęte rygiorem zwalczania chorób zakaźnych i / lub stwierdzono choroby, w tym mogące mieć wpływ na bezpieczeństwo żywności?			TAK / NIE*		
Czy gospodarstwo jest położone na obszarze objętym restrykcjami ze względu na występowanie choroby zakaźnej zwierząt, specyficznej dla danego gatunku?			TAK / NIE*		
Czy gospodarstwo jest objęte programem kontroli choroby gruźlica, brucelloza, białaczka, choroba niebieskiego języka, itp.)		TAK / NIE*	Wolne TAK / NIE*	Jeśli „wolne” wpisać Nr Decyzji PLW:	
			Inny status*		
Czy w ostatnich 6 miesiącach w gospodarstwie stwierdzono choroby: (min. zarazy płucnej bydła)			TAK / NIE*		
Inne choroby, nie wymienione powyżej:					
Nazwa choroby:	Gatunek zwierząt:		Czas trwania:		
	bydło		od	do	
	bydło		od	do	
Czy w gospodarstwie zapewniono dobrostan zwierząt?		TAK / NIE*			
W przypadku krów, czy krowa jest w okresie ciąży?		TAK / NIE*			
W przypadku krów, czy krowa rodziła w poprzednim tygodniu?		TAK / NIE*			
W przypadku jałówek, czy jałówka miała naruszone powłoki brzuszne?		TAK / NIE*			
INFORMACJE DOTYCZĄCE ŻYWIENIA ZWIERZĄT					
Żywienie zwierząt	Rodzaj paszy otrzymywanej przez zwierzęta (podstawowy skład):				
Pochodzenie paszy	Gospodarstwo rolne*			Wytwórnia pasz*	
	Własne gospodarstwo*		Z zakupu*		
Nazwa i adres zakładu					
Stosowane dodatki paszowe	Data		Nazwa dodatku paszowego		
ŻYWIENIE PASZAMI BEZ GMO					
Zwierzęta żywiono paszami, które nie zawierają, nie składają się lub nie są wyprodukowane z GMO (chyba, że jest to pasza o której mowa w art. 24 ust. 2 rozporządzenia 1829/2003 - poniżej 0,9% GMO):		w okresie:		do końca ich chowu	
		od dnia.....do dnia.....		TAK / NIE*	
Pasza używana do żywienia zwierząt, NIE zawiera SOI pochodzenia brazylijskiego. Jeśli jest inaczej, proszę wpisać poniżej:					
INFORMACJE DOTYCZĄCE BADAŃ MONITORINGOWYCH					
Czy na terenie gospodarstwa pobierano próby do badania monitoringowych:		TAK / NIE*			
Czy na terenie gospodarstwa stwierdzono wyniki dodatnie badań:		TAK / NIE*		Jeśli TAK to kiedy i jakie:	
Data sprzedaży:		Czytelny podpis właściciela zwierząt			
WYPEŁNIA ZAKŁAD UBOJU ZWIERZĄT					
Data dostarczenia do zakładu:					
Data uboju:	Czytelny podpis pracownika Zakładów Mięsnych Łuków S.A.				
WYPEŁNIA URZĘDOWY LEKARZ WETERYNARII					
Data badania przedubojowego:					
Poz. dz.:	Podpis Urzędowego Lekarza Weterynarii				

LP	NR KOLCZYKA	PŁEĆ	NR GOSPODARSTWA POCHODZENIA	DATA URODZENIA SZTUKI
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				