

..... dnia .....

.....  
.....  
.....

(dane wnioskodawcy)

Andrzej Długiewicz  
Powiatowy Lekarz Weterynarii  
w Pleszewie  
ul. Kazimierza Wielkiego 7D  
63-300 Pleszew

### Wniosek o wydanie zgody na przemieszczenie świń do rzeźni

1. Imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres wnioskodawcy i numer telefonu, adres mailowy

.....  
.....

2. Nr siedziby stada

.....

3. Ilość sztuk .....

4. Dane rzeźni

.....  
.....

5. Dane przewoźnika

.....  
.....

6. Dane punktu gromadzenia

.....

7. Planowany termin przemieszczenia .....

.....  
Podpis

Nazwa odbiorcy: Urząd Miasta i Gminy w Pleszewie  
Nr konta do opłaty skarbowej: **40 8407 0003 0007 1000 2000 0413**  
Tytuł: **Decyzja Powiatowego Lekarza Weterynarii w Pleszewie**  
Kwota: **10zł**