

.....  
 (Nazwa lub imię i nazwisko)

....., .....  
 (miejscowość)

.....  
 (data)

.....  
 (adres prowadzenia działalności)

.....  
 (WNI / NIP)

.....  
 (PESEL)

.....  
 (nr telefonu)

**Do**

**Powiatowego Lekarza**

**Weterynarii w Pleszewie**

## W N I O S E K

Zwracam się z prośbą o kontrolę środka transportu o nr rejestracyjnym .....,  
 należącego do firmy .....,  
 .....  
 prowadzącej działalność w zakresie transportu środków spożywczych pochodzenia zwierzęcego.

1. Sposób przewożenia \*

Opakowane  nieopakowane

2. Rodzaj produktów spożywczych pochodzenia zwierzęcego \*

Mięso

Chłodzone  mrożone

wieprzowe  wołowe  drobiowe  zwierząt dzikich  inne.....

produkty mięsne

ryby i produkty rybne

- jaja
- produkty jajczarskie
- mleko
- produkty mleczarskie
- produkty złożone – lody
- inne.....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)