.....dnia.....

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Kutnie

ZGŁOSZENIE

Przystąpienia do dobrowolnego programu zwalczania zakaźnego zapalenia nosa i tchawicy / otrętu bydła (IBR/IPV) oraz wirusowej biegunki bydła i choroby błon śluzowych (BVD MD)

.....

Imię i Nazwisko posiadacza stada

.....

PESEL

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr siedziby stada

.....

Adres siedziby stada

.....

Ilość bydła w stadzie

.....

Imię i nazwisko lekarza weterynarii opiekującego się stadem

Czytelny podpis właściciela stad