

Informacje dotyczące łańcucha żywnościowego zwierząt do uboju

nazwa i adres rzeźni, WNI		Rzeźnia Drobiu Jerzy Konkol ul. Raduńska 64a 83-331 Niestępowo WNI 22053907	
Dane Właściciela Stada			
imię, nazwisko lub nazwa Właściciela			
kod pocztowy /poczt			
miejscowość/ulica / nr domu			
powiat/ gmina			
Nr gospodarstwa (WNI) i nr kurnika (nawet jeśli w gospodarstwie pod jednym WNI jest 1 kurnik)		WNI:	kurnik nr:
adres fermy(jeśli inny niż adres właściciela)			
Dane lekarza prowadzącego leczenie:			
imię i nazwisko, adres			
telefon			
Deklaracja Właściciela Stada			
data wstawienia piskląt			
gatunek zwierząt/rasa		kurczak brojler/ rasa:	
liczba zwierząt (szt.)			
nr rejestracyjny środka transportu			
Czy zwierzęta były leczone:			TAK / NIE *
Stosowane preparaty lecznicze:			
Nazwa	data podania od:	data podania do:	karencja do(data):
Zwierzęta były karmione paszą pochodzącą z:		wytwórni pasz	własne gospodarstwo*
Nazwa i adres zakładu paszowego:			
Czy były stosowane dodatki paszowe			TAK / NIE *
jeśli tak to jakie			
Nazwa dodatku paszowego	data podania od:	data podania do:	
Gospodarstwo położone na obszarze objętym ograniczeniami ze względu na wystąpienie choroby zakaźnej zwierząt, specyficznej dla gatunku,jeśli tak to jakiej.....			TAK / NIE *
W gospodarstwie pobierano próby do badań monitoringowych, pozostałości biologicznych i chemicznych - jakie: krew*, woda*, pasza*, inne:			TAK / NIE *
Czy w gospodarstwie stwierdzono dodatnie wyniki badań Salmonella(jaki szczep).....			TAK / NIE *
Data pobrania prób wymazów podeszwowych w kierunku Salmonella			
Gospodarstwo było objęte rygiem zwalczania chorób zakaźnych,jeśli tak to nazwa choroby:..... czas trwania od..... do			TAK / NIE *
Czy w gospodarstwie zapewniono dobrostan zwierząt			TAK / NIE *
Obsada kg/m2	Poniżej 33kg/m2*	Powyżej 33kg/m2*	
Wskaźnik śmiertelności dziennej			
Skumulowany wskaźnik śmiertelności dziennej			
Czytelny podpis właściciela- zarządzającego:.....(miejscowość i data).....			
Dane dotyczące Uboju (wypełnia rzeźnia)		Urzędowy Lekarz Weterynarii	
Data dostarczenia do uboju		Data badania	
Data uboju		Poz. dziennika bad. przedubojowego	
		Data badania pouboj.	
Ilość sztuk padłych ptaków		Poz.dziennika bad.	
Podpis przyjmującego		Podpis urzędowego lekarza	

* - niepotrzebne skreślić