

## Wypełnia Biuro Powiatowe ARiMR

Pieczęć wpływu

Numer dokumentu.....

Znak sprawy.....

## Korekta\*/ korekta wykreślająca\*zgłoszenia padnięcia\*/ zabicia\* albo uboju\* koniowatego w siedzibie stada – w przypadku zgłoszenia dokonywanego przez właściciela koniowatego

składana przez właściciela koniowatego niebędącego podmiotem:

prowadzącym miejsce gromadzenia zwierząt, organizującym targi, wystawy, pokazy lub konkursy zwierząt, prowadzącym cyrk objazdowy, prowadzącym grupę tresowanych zwierząt, prowadzącym obrót zwierzętami, pośrednictwo w tym obrocie lub skup zwierząt, prowadzącym rzeźnię, zakład drobiu, zakład przetwórczy lub spalarnię

Numer EP właściciela koniowatego

-----

Wykreśl (jeśli zgłoszenie należy anulować w całości)

.....  
Nr dokumentu podlegający wykreśleniu

**Wypełnić w przypadku zmiany danych (jeśli zgłoszenia nie należy anulować w całości):**

	<b>Było</b>	<b>Powinno być</b>
Numer identyfikacyjny koniowatego* lub UELN* - jeżeli został nadany	-----	-----
Numer elektronicznego identyfikatora - jeżeli jest znany	-----	-----
Gatunek koniowatego*	<input type="checkbox"/> Koń / <input type="checkbox"/> Muł / <input type="checkbox"/> Zebra / <input type="checkbox"/> Osioł / <input type="checkbox"/> Osłomuł / <input type="checkbox"/> Zebroid / <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Koń / <input type="checkbox"/> Muł / <input type="checkbox"/> Zebra / <input type="checkbox"/> Osioł / <input type="checkbox"/> Osłomuł / <input type="checkbox"/> Zebroid / <input type="checkbox"/> inne
Numer siedziby stada, w której przebywało koniowate	PL -----	PL -----
Typ zdarzenia*	<input type="checkbox"/> Padnięcie zwierzęcia <input type="checkbox"/> Zabicie zwierzęcia z nakazu powiatowego lekarza weterynarii <input type="checkbox"/> Ubój zwierzęcia z nakazu powiatowego lekarza weterynarii <input type="checkbox"/> Ubój zwierzęcia z konieczności <input type="checkbox"/> Śmierć zwierzęcia w innych okolicznościach	<input type="checkbox"/> Padnięcie zwierzęcia <input type="checkbox"/> Zabicie zwierzęcia z nakazu powiatowego lekarza weterynarii <input type="checkbox"/> Ubój zwierzęcia z nakazu powiatowego lekarza weterynarii <input type="checkbox"/> Ubój zwierzęcia z konieczności <input type="checkbox"/> Śmierć zwierzęcia w innych okolicznościach
Numer zakładu przetwórczego / spalarni lub rzeźni	PL -----	PL -----
Data zdarzenia (dd-mm-rrrr)	-- - - - -	-- - - - -
Zaznaczyć X jeśli dołączono kopię oświadczenia o skorzystaniu z pośrednictwa związku hodowców koniowatych, o którym mowa w art. 26 ust. 3 - jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data i podpis właściciela koniowatego <small>Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k. potwierdzam własnoręcznym podpisem zgodność danych zamieszczonych w zgłoszeniu.</small>		

\* zaznacz właściwe