

Informacje dotyczące łańcucha żywnościowego bydła i cieląt rzeźnych kierowanych do uboju w zakładach Grupy „Sokołów”

| <u>Wypełnia WŁAŚCICIEL zwierząt</u> | | <u>Wypełnia RZEŻNIA</u> | | | |
|--|----------------|---|----|---|--|
| | | Nr dostawcy | | | |
| Nazwisko | | Data i godzina otrzymania informacji o dostawie zwierząt | | | |
| Imię | | Data dostarczenia zwierząt do rzeźni | | | |
| Kod pocztowy | | Data uboju | | | |
| Miejscowość | | Wypełnia urzędowy LEKARZ WETERYNARI! w przypadku stwierdzenia w badaniu poubojowym zmian chorobowych podać: - datę badania poubojowego → - pozycję w Dz Badania → Inne uwagi | | | |
| Ulica, nr domu | | | | | |
| Nr gospodarstwa (siedziby stada) | | | | | |
| Zwierzęta wywożone do rzeźni w → | | Gatunek: | | Liczba zwierząt: | |
| Czy zwierzęta były leczone ? | | NIE* | | TAK* → Wypełnij poniżej | |
| Czy zwierzęta są oznakowane cyfrowo (wszczepiony chip pod skórą) | | NIE* / TAK* | | | |
| Stosowane preparaty lecznicze dla których określono okresy karencji | | | | | |
| Nr kolczyka sztuki leczonej | Czas podawania | | | | |
| | Nazwa leku | Od | Do | Karencja do | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Nazwisko lekarza weterynarii Sprawującego opiekę nad stadem. | | Adres lekarza wet. Numer telefonu | | | |
| Czy gospodarstwo jest/było objęte rygiorem zwalczania chorób zakaźnych i/lub stwierdzono w nim choroby mogące mieć wpływ na bezpieczeństwo żywności ? | | NIE* | | TAK* → Wypełnij poniżej | |
| | | Gatunek zwierząt | | | |
| | | Choroba | | | |
| | | Do kiedy | | | |
| Czy u zwierząt z tego stada poddanych dotychczas ubojowi stwierdzono choroby ? | | NIE* | | TAK* → Podaj jaką | |
| Czy w gospodarstwie zapewniono dobrostan zwierząt ? | | NIE* | | TAK* | |
| <u>Żywienie zwierząt:</u> | | Pochodzenie paszy, którą żywiono zwierzęta: Własna* Własna i z zakupu* | | | |
| Rodzaj paszy (podstawowy skład) Wymień → | | | | | |
| Dodatki paszowe: Wymień → | | | | | |
| | | | | | |
| Czy na terenie gospodarstwa były pobierane próby do badań monitoringowych pozostałości biologicznych i chemicznych ? | | NIE* | | TAK* → Zaznacz Krew* Mocz* Woda* Mleko* Pasza* | |
| Czy w pobranych próbach stwierdzono pozostałości biologiczne lub chemiczne ? | | NIE* | | TAK* → Podaj kiedy i jakie | |
| Podpisując potwierdzam, że dostarczone samice nie rodziły w tygodniu poprzedzającym dzień dostawy (wymóg Rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2005 zał.1 rozdziału 1 ust.2 lit.c) | | | | | |
| Data / Miejscowość siedziby stada | | Czytelny podpis Właściciela / Zarządzającego | | | |
| <u>Informacje dodatkowe</u> | | | | | |

* - właściwe zakreślić

UWAGA: Formularz w formacie PDF jest dostępny na stronie internetowej SOKOŁÓW S.A → Firma → "Razem w przyszłość".