

.....
(pieczęć lekarza weterynarii)

....., dnia

Informacja

Informuję, iż wyrażam gotowość do wykonywania następujących czynności zleconych przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Ostrowi Mazowieckiej w roku 2015 na terenie powiatu ostrowskiego:*)

- 1.** Wykonywania szczepień ochronnych lub badań rozpoznawczych na terenie
- 2.** Sprawowania nadzoru nad miejscami gromadzenia, skupu lub sprzedaży zwierząt, targowiskami oraz wystawami, pokazami lub konkursami zwierząt na terenie
- 3.** Badania zwierząt umieszczanych na rynku, przeznaczonych do wywozu oraz wystawiania świadectw zdrowia na terenie
- 4.** Sprawowania nadzoru nad ubojem zwierząt rzeźnych, w tym badania przedubojowego i poubojowego, oceny mięsa i nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o ochronie zwierząt w trakcie uboju na terenie
- 5.** Pobierania próbek do badań na terenie
- 6.** Badania laboratoryjnego mięsa na obecność włośni.

Jednocześnie informuję, iż świadczenie usług weterynaryjnych miało by nastąpić w ramach:

- indywidualnej praktyki weterynaryjnej
- zakładu leczniczego dla zwierząt

.....
(nazwa lub pieczęć zakładu leczniczego dla zwierząt)

Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu:

.....

.....

gdzie podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne w przeliczeniu na okres miesiąca jest **równa** lub **wyższa** do kwoty wynagrodzenia minimalnego.

*) w kratce właściwe zaznaczyć

.....
(pieczęćka i podpis lekarza weterynarii)