|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOKUMENT ZGŁOSZENIA**  **przywożonej przesyłki paszy nie zawierającej materiałów paszowych z tkanek zwierząt do weterynaryjnej kontroli granicznej** | | |
| Nazwa i adres zgłaszającego (spedycji / agencji celnej) : | Organ kontrolujący i miejsce kontroli:  **Powiatowy Lekarz Weterynarii w Częstochowie**  **Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Częstochowie**  ul. Tkacka 5  42-202 Częstochowa  Tel: +48 34 360 11 61  Tel/fax: +48 34 366 90 95 | |
| **I.** Szczegóły dotyczące zgłaszanej przesyłki paszy | | |
| 1. Nazwa paszy i kod CN | / | |
| 2. Nr kontenera |  | |
| 3. Waga netto / brutto | / | |
| 4. Kraj pochodzenia paszy |  | |
| 5. **Eksporter**  (nazwa i adres) |  | |
| 6. **Producent**  (nazwa i adres) |  | |
| 7. **Importer**  (nazwa i adres i nr zatwierdzenia weterynaryjnego) |  | |
| 8. **Odbiorca (miejsce przeznaczenia przesyłki)**  (nazwa i adres i nr zatwierdzenia weterynaryjnego) |  | |
| 9. **Miejsce przeładunku i podmiot odpowiedzialny za przeładunek**  (nazwa i adres i nr zatwierdzenia weterynaryjnego) |  | |
| 10. Nazwa i nr dokumentu towarzyszącego przesyłce paszy(św. weterynaryjne, św. jakości, itp.) |  | |
| 11. Nazwa i nr dokumentu przewozowego towarzyszącego przesyłce |  | |
| 12. Przewidywana data przybycia do posterunku granicznej kontroli weterynaryjnej |  | |
| **II.** Dane do rachunku | | |
| 1. Nazwa i adres płatnika |  | |
| 2. Forma płatności | Przelew / gotówka - wpłata w banku | |
| **III.** Miejsce i data sporządzenia dokumentu zgłoszenia | | |
| Miejsce: | Data: | |
| **IV.** Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za przesyłkę oraz jej podpis i pieczęć | | |
| Nazwisko i imię:  Podpis i pieczęć: | | |
| **V.** Kontrola obiegu dokumentów | | |
| 1. Data i godzina przyjęcia dokumentów do kontroli weterynaryjnej |  | Podpis inspektora weterynarii |
| 2. Data i godzina odbioru dokumentów po dokonanej kontroli granicznej |  | Podpis osoby odpowiedzialnej za przesyłkę |