



Warszawa, dnia 1 marca 2019 r.

## INSPEKCJA WETERYNARYJNA

GŁÓWNY LEKARZ WETERYNARII

**Paweł Niemczuk**

**Wojewódzcy Lekarze Weterynarii**

**- wszyscy -**

Nasz znak: GIWbż-5010-3/2019(14)

Dot. sprawy nr:

pismo z dnia:

W nawiązaniu do ustaleń z przeprowadzonego przez przedstawicieli DG SANTE w Polsce w dniach 4 – 8 lutego 2019 r. audytu, który dotyczył oceny funkcjonowania kontroli urzędowych nad produkcją mięsa wołowego informuję, że zostały opracowane wzory oświadczeń lekarza weterynarii dotyczące zwierzęcia poddanego ubojowi z konieczności poza rzeźnią i przedsiębiorcy sektora spożywczego, który utrzymywał zwierzę poddane ubojowi z konieczności poza rzeźnią. Zostaną one zamieszczone na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Weterynarii. W związku z koniecznością rozpropagowania tych dokumentów proszę również niezwłocznie zamieścić załączone do pisma wzory formularzy na stronach internetowych poszczególnych inspektoratów weterynarii.

*n polezowien*  
GŁÓWNY LEKARZ WETERYNARII  
*Paweł Niemczuk*

Załączniki:

1. Oświadczenie lekarza weterynarii dotyczące zwierzęcia poddanego ubojowi z konieczności poza rzeźnią,
2. Oświadczenie przedsiębiorcy sektora spożywczego, który utrzymywał zwierzę poddane ubojowi z konieczności poza rzeźnią.

Do wiadomości:

1. Związek „POLSKIE MIĘSO”, ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa,
2. Stowarzyszenie Rzeźników i Wędliniarzy RP, ul. Miodowa 14, 00-246 Warszawa,
3. Unia Producentów i Pracodawców Przemysłu Mięsnego, Al. Ujazdowskie 18 lok.8, 00-478 Warszawa,
4. Krajowa Izba Lekarsko – Weterynaryjna, Al. Przyjaciół 1 lok. 2, 00 – 565 Warszawa.

**OŚWIADCZENIE PRZEDSIĘBIORCY SEKTORA SPOŻYWCZEGO, KTÓRY  
UTRZYMYWAŁ ZWIERZĘ PODDANE UBOJOWI Z KONIECZNOŚCI POZA RZEŹNIĄ**

**1. Identyfikacja zwierzęcia**

gatunek: ....., wiek/data urodzenia:....., płeć:.....

numer identyfikacyjny (w przypadku koniowatych numer elektronicznego identyfikatora oraz numer

UELN): .....

**2. Pochodzenie zwierzęcia**

imię i nazwisko podmiotu prowadzącego przedsiębiorstwo spożywcze, z którego siedziby stada

zwierzę pochodzi: .....

adres gospodarstwa pochodzenia: .....

nr siedziby stada (nie dotyczy w przypadku uboju z konieczności koniowatego):

**3. Inne istotne informacje:**

Data i godzina dokonania uboju z konieczności zwierzęcia .....

**4. Informacja o leczeniu zwierzęcia**

Zwierzę **było/nie było**<sup>1</sup> leczone.

Stosowane leczenie/produkty lecznicze weterynaryjne<sup>2</sup>

Nazwa stosowanego produktu leczniczego weterynaryjnego	Data podania		Okres karencji do:
	od	do	

Sporządzono w dniu .....w miejscowości:.....

.....  
czytelny podpis zawierający imię i nazwisko  
podmiotu prowadzącego przedsiębiorstwo  
spożywcze, z którego siedziby stada zwierzę  
pochodzi

<sup>1</sup> Skreślić jeżeli nie dotyczy

<sup>2</sup> Wypełnić jeżeli dotyczy

**OŚWIADCZENIE LEKARZA WETERYNARII DOTYCZĄCE ZWIERZĘCIA PODDANEGO UBOJOWI Z  
KONIECZNOŚCI POZA RZEŹNIĄ**

**1. Identyfikacja zwierzęcia**

gatunek: ....., wiek/data urodzenia:....., płeć:.....

numer identyfikacyjny (w przypadku koniowatych numer elektronicznego identyfikatora oraz numer UELN):

.....

.....

**2. Pochodzenie zwierzęcia**

imię i nazwisko podmiotu prowadzącego przedsiębiorstwo spożywcze, z którego siedziby stada zwierzę

pochodzi: .....

adres gospodarstwa pochodzenia: .....

nr siedziby stada (nie dotyczy w przypadku uboju z konieczności koniowatego):

.....

**3. Rzeźnia, do której zostanie przewiezione zwierzę poddane ubojowi z konieczności**

nazwa rzeźni: .....

weterynaryjny numer identyfikacyjny rzeźni.....

adres rzeźni: .....

**4. Inne istotne informacje:**

.....

.....

**5. Oświadczenie**

Ja niżej podpisany oświadczam, że opisane powyżej zwierzę zostało zbadane przed ubojem o godzinie

.....w dniu .....temp. ciała ..... i zostało dopuszczone do uboju z

konieczności poza rzeźnią. Na podstawie prowadzonych przez posiadacza zwierzęcia rejestrów i dokumentacji

leczenia zwierząt nie stwierdzono przeciwwskazań do dokonania uboju tego zwierzęcia.

Przyczyna skierowania do uboju z konieczności:

.....

.....

Stosowane leczenie/produkty lecznicze weterynaryjne -nazwa, data podania i okres karencji:

.....

.....

.....

Sporządzono w dniu ..... w miejscowości:.....

Nr telefonu lekarza kierującego zwierzę do uboju z konieczności

.....

.....  
czytelny podpis zawierający imię i nazwisko  
albo pieczętka i podpis lekarza weterynarii