*Załącznik nr 4*
*do Formularza zgłoszenia w celu rejestracji lub*
*przekazania brakujących danych*
*zakładu utrzymującego zwierzęta*

**UTRZYMYWANIE KONIOWATYCH**

**OPIS OBIEKTÓW**

1. Numer siedziby stada w ARIMR:

   .....

2. Rodzaj i ilość budynków, w których utrzymywane są koniowate:

   .....

3. Dostęp do padoku/pastwiska: ☐ tak ☐ nie
4. Chów pastwiskowy całoroczny: ☐ tak ☐ nie

   (jeśli tak, to opisać sposób karmienia i pojenia oraz dostęp do miejsc chroniących przed niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi)

   .....

   .....

**RODZAJ I ZAKRES DZIAŁALNOŚCI**

1. Cel utrzymywania

   ☐ prowadzenie hodowli

   ☐ stajnia rekreacyjna, agroturystyka

   ☐ stajnia sportowa

   ☐ zwierzęta towarzyszące

   ☐ hotel, pensjonat dla koni

**STAN ZWIERZĄT NA DZIEŃ SKŁADANIA WNIOSKU**

Ilość dorosłych klaczy własnych .....

Ilość dorosłych ogierów własnych .....

Ilość dorosłych wałachów własnych .....

Ilość źrebiąt do 1 roku .....

Ilość innych koniowatych własnych .....

Ilość koni w hotelu (pensjonacie) .....

**DANE LEKARZA WETERYNARII SPRAWUJĄCEGO OPIEKĘ NAD ZWIERZĘTAMI**

.....

**DATA OSTATNIEJ WIZYTY LEKARSKO- WETERYNARYJNEJ** .....

.....

(podpis posiadacza zwierząt)

**POUCZENIE**

1. Podmioty prowadzące zakłady utrzymujące zwierzęta są zobowiązane – **nie później niż w terminie 7 dni** - poinformować Powiatowego Lekarza Weterynarii w Trzebnicy o:
   a) wszelkich zmianach w danym zakładzie dotyczących wszystkich powyższych kwestii,
   b) każdym zaprzestaniu działalności przez dany podmiot lub zakład.