*……………………………..……………… …………………..………. dnia ..…………....r.*

 *Imię i nazwisko, adres*

**ZESTAWIENIE**

czynności zleconych przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Czarnkowie do rachunku

nr………………………….. z dnia…….……..........

z przeprowadzonych kontroli bioasekuracji gospodarstw hodujących świnie na terenie powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego

w miesiącu ……………………. 20…….. r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Numer siedziby stada** | **Właściciel gospodarstwa** | **Miejscowość** | **Data** | **Cena jednostkowa** | **Czas kontroli (Ilość godzin)** | **Koszt czynności** | **Pozycja Rozp.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Par. 1 ust 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***do przeniesienia:***  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Numer siedziby stada** | **Właściciel gospodarstwa** | **Miejscowość** | **Data** | **Cena jednostkowa** | **Czas kontroli (Ilość godzin)** | **Koszt czynności** | **Pozycja Rozp.** |
| ***przeniesiono:*** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:**  |  |  |  |

Należność do zwrotu:

Słownie złotych:

 *..................................................................*

 *podpis i pieczątka wyznaczonego lekarza*