…………………………………….. Wrocław, dn. …………...

pieczątka ośrodka

w którym wykonywane jest uśmiercanie

Zespół ds. Dobrostanu Zwierząt **ZAŁĄCZNIK 6**

Wydział Medycyny Weterynaryjnej

Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu

**Informacja o rozpoczęciu uśmiercania zwierząt w celu pozyskania tkanek lub narządów**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Tytuł/cel pozyskiwania:** | | |
| **3.** | **Data rozpoczęcia:** | |  |
| **4.** | **Miejsce:** | |  |
| **5.** | **Gatunek zwierzęcia:** | |  |
| **6.** | **Liczba zwierząt:** |  | |

………………………………………………….

Podpis Osoby odpowiedzialnej za uśmiercanie