



PROTOKÓŁ POBRANIA PRÓBEK NR...../2026
DO BADANIA W KIERUNKU WYKRYCIA TRICHINELLA wg PN-EN ISO
18743:2015-11+A1:2024-02;

— met. akredytowana: ław nie*

oraz zgodnie z Instrukcją GLW Nr BP.0200.1.8.2024 z dnia 8 maja 2024r. Aneks nr 1 z dnia 03.06.2024. Aneks nr 2 z dnia 12.06.2024

Data i godzina odstrzału/uboju/pobrania próbki*.....

Nazwa i adres właściciela : /instytucji/gospodarstwa/koła łowieckiego/

imię i nazwisko oraz tel. kontaktowy do osoby odpowiedzialnej za zabezpieczenie tuszy

.....

Liczba próbek	
------------------	--

Telefon kontaktowy:

Adres email:

Dane wraz z adresem miejsca przetrzymywania tuszy:

Lp.	Oznakowanie identyfikujące próbkę: numer ubojowy tuszy numer identyfikacyjny świni numer znacznika	Część tuszy, z której pobrano próbkę	Świnia (T) / dzik (D) Samiec / samica wiek	Stan próbki w chwili przyjęcia do laboratorium P — prawidłowy; NP - nieprawidłowy	Uwagi: • nr obwodu łowieckiego • numer siedziby stada • powiat pozyskania tuszy
		Filary przepony/			
		Filary przepony/			
		Filary przepony/			

Obszar regulowany prawnie: TAK

Próbka mrożona*.

TAK/NIE

Próbki pobrano zgodnie z oraz zgodnie z Instrukcją GLW Nr BP.0200.1.8.2024 z dnia 8 maja 2024r. Aneks nr 1 z dnia 03.06.2024. Aneks nr 2 z dnia 12.06.2024

Przeznaczenie mięsa.....

Próbki pobrał'.....

Podpis właściciela próbek'.....

Próbki dostarczył (imię i nazwisko osoby dostarczającej).....

.....

.....

(data podpis dostarczającego próbki)

(data i podpis przyjmującego próby)

Wypełnia laboratorium	Wojewódzki Inspektorat Weterynarii w Gdańsku, Zakład Higieny Weterynaryjnej im. prof. Abdona Stryszaka w Gdańsku. Pracownia Badania Mięsa na obecność włośni U-12 w Słupsku		
Numery próbek nadane w Pracowni Badania Mięsa na obecność włośni			
Sposób przekazania wyników z badań		Data przyjęcia próbek do laboratorium Imię i nazwisko osoby przyjmującej	Podpis
Osobisty sprawozdania z badań	odbiór Wysyłka drogą elektroniczną:		

*niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZEMARZANIA DANYCH OSOBOWYCH w Powiatowym Inspektoracie Weterynarii w Słupsku
Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (Dz. urz. UE L Nr 119) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46NVE (zwane RODO), informujemy: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Słupsku z siedzibą przy ul. Armii Krajowej 29, 76-200 Słupsk reprezentowany przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Słupsku, adres kontaktowy email: piwslup@gda.n.k.wi.w tel. +48 59 842 51 85, 842 31 07 lub fax +48 59 727 32 47 Administrator Danych zgodnie z art. 37 RODO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym możecie się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Państwa danych osobowych, a także korzystania z przysługujących Państwu praw związanych z ich przetwarzaniem. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych PIW w Słupsku; e-mail: jodo@gdansk.wi.w.gov.pl lub pisemnie na adres Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Słupsku z siedzibą przy

(data i podpis)

Nr dokumentu:...../ASF...../2212/2026

kod kreskowy próbki

Informacja o pobraniu próbki krwi do badania w kierunku ASF

Proszę wypełniać drukowanymi literami i zaznaczyć odpowiednie pola

1. Dane dotyczące pobrania próbki:

1) imię i nazwisko osoby, która odstrzeliła dzika:

2) koło łowieckie:

3) rodzaj odstrzału: roczny plan sanitarny

3) data i godzina odstrzału dzika

4) miejsce odstrzału dzika: Nr obwodu łowieckiego:

Gmina: Miejscowość:

Współrzędne geograficzne GPS: N.....E.....

5) obszar objęty zakazami lub ograniczeniami określonymi zgodnie z przepisami unijnymi

Biała Niebieska Różowa Czerwona

2. Opis dzika, od którego pochodzi próbka:

1) płeć: samica samiec

2) wiek: warchlak – do 1 roku przelatek – do 2 lat
 locha – pow. 2 lat wycinek/odyniec – pow. 2 lat

3) waga w kg po wypatroszeniu

4) numer znacznika PIW – ASF.....

5) próbka pobrana od dzika odstrzelonego: bez objawów choroby z objawami choroby

5) objawy kliniczne/zmiany anatomopatologiczne:

.....

.....

.....

(czytelny podpis osoby sporządzającej informację)