**Załącznik Nr 8**

Zestawienie liczby godzin wykonanych czynności – przeprowadzenie kontroli urzędowych w ramach zwalczania chorób zakaźnych zwierząt (za godzinę pracy)

……………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………….

(Imię i nazwisko osoby wyznaczonej)

w miesiącu …………………………………………./202….. r.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data wykonania czynności** | **Miejscowość/ nr siedziby stada** | **Nr protokołu** | **Czas wykonywania czynności (liczba godzin)** | **W godz. od…do** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Razem |  |  |  |  |

Podpis i pieczątka osoby wyznaczonej Podpis i pieczątka Powiatowego Lekarza Weterynarii