

# LIS / JENOT – ODSTRZAŁ SANITARNY

Imię i Nazwisko Myśliwego - .....

Koło Łowieckie - .....

Numer Obwodu – .....

Numer Telefonu - .....

Data Odstrzału – .....

Objawy choroby – Tak / Nie , jakie? .....

.....

Jeśli stwierdzono objawy choroby należy podać:

Miejscowość odstrzału – .....

Koordynaty GPS miejsca odstrzału - .....

Płeć - .....

Wiek - .....

.....

Podpis osoby wypełniającej dokument