

# RAPORT Z WIZYTACJI SCHRONISKA DLA BEZDOMNYCH ZWIERZĄT

2015

## RAPORT Z WIZYTACJI SCHRONISKA DLA BEZDOMNYCH ZWIERZĄT 2015

### Dane identyfikacyjne podmiotu

Weterynaryjny Numer Identyfikacyjny	PL30043402
Adres schroniska	Dalabuszki, 63-800 Gostyń
Kierownik schroniska	Marcin Krawiec- dyrektor Zakładu Gospodarki Komunalnej i Mieszkaniowej w Gostyniu
Data(y) wizytacji	09.12.2015, 14.01.2015
Wizytujący Imię i nazwisko/Instytucja	Lek. wet. Magdalena Błocian-Jankowska PIW Gostyń
Właściciel schroniska Zarządzający schroniskiem	ZGKiM Gostyń
Finansowanie schroniska*	Budżet gminy Gostyń
Data wpisu do rejestru PLW	01.09.2016

\*należy wykazać wszystkie gminy, z którymi schronisko podpisało umowy

### Dane zbiorcze

	PSY	KOTY
1. Liczba zwierząt na koniec 2014r.	48	6
2. Liczba boksów	32+3 kwarantanna	1
3. Średnia liczba zwierząt w boksie	2	6
4. Maksymalna liczba zwierząt, na jaką zostało przewidziane schronisko (zdaniem kontrolującego)	95	15
5. Liczba zwierząt przyjętych w 2015 r.	103	33
6. Liczba zwierząt na koniec 2015 r.	53	6
7. Liczba zwierząt adoptowanych w 2015 r.	97	33
8. Liczba zwierząt poddanych eutanazji w 2015 r.	1	0
9. Liczba zwierząt padłych w 2015 r.	0	0
10. Liczba zwierząt zbiegłych w 2015 r.	0	0
11. Liczba zwierząt wysterylizowanych w 2015 r.	47	14
12. Liczba zwierząt zaszczepionych przeciwko wściekliznie w 2015 r.	84	0

# RAPORT Z WIZYTACJI SCHRONISKA DLA BEZDOMNYCH ZWIERZĄT

2015

*Rubryki (1+5) – (7+8+9+10) = 6*

## III A. Szczegółowe wymagania weterynaryjne /psy, koty/

Wyodrębnione pomieszczenia:	PSY		KOTY	
	tak*	nie*	tak	nie
1. do kwarantanny	tak*	nie*	tak	nie
2. dla zwierząt chorych lub podejrzanych o chorobę	tak	nie	tak	nie
3. dla zwierząt agresywnych	tak	nie	tak	nie
4. na karmę/kuchnia	tak	nie	tak	nie
5. dla szceniąt/kociąt	tak	nie	tak	nie
6. dla matek z małymi	tak	nie	tak	nie

\*niepotrzebne skreślić

## III B. Szczegółowe wymagania weterynaryjne cd.

1. piec do spalania zwłok lub chłodnia do przechowywania zwłok	tak*	nie*
2. pomieszczenie do zabiegów weterynaryjnych lub eutanazji	tak	nie
3. systematyczne czyszczenie i dezynfekcja (min 1 x na kwartał)	tak	nie
4. program dezynsekcji i deratyzacji	tak	nie
5. rejestr z zapisem zwierząt przyjętych, adoptowanych, padłych, zbiegłych, zagryzionych, poddanych eutanazji	tak	nie
6. dokumentacja leczenia zwierząt	tak	nie
7. książka kontroli weterynaryjnej	tak	nie
8. wykorzystanie produktów ubocznych pochodzenia zwierzęcego w żywieniu zwierząt	tak	nie

\*niepotrzebne skreślić

## Immunoprofilaktyka

Rodzaj szczepienia	PSY		KOTY	
1. nosówka	tak*	nie*		
2. parwowiroza	tak	nie		
3. leptospiroza	tak	nie		
4. ZZW / choroba Rubartha/	tak	nie		
5. inne (niż przeciw wściekliznie) szczepienia	tak	nie	tak*	nie*
6. białaczka			tak	nie
7. panleukopenia			tak	nie
8. kaliciwiroza			tak	nie
9. herpeswiroza			tak	nie

\*niepotrzebne skreślić

## RAPORT Z WIZYTACJI SCHRONISKA DLA BEZDOMNYCH ZWIERZĄT

2015

1	2	3	4	5	6	7
Lp.	Data kontroli	Numer decyzji	Data wydania decyzji	Podstawa prawna	Czego dotyczy decyzja/zalecenia*	Data i wyniki kontroli sprawdzającej
1.	14.01.2015	-	-	-	-	-
2.	09.12.2015	-	-	-	-	-
3.						
4.						
5.						
6.						

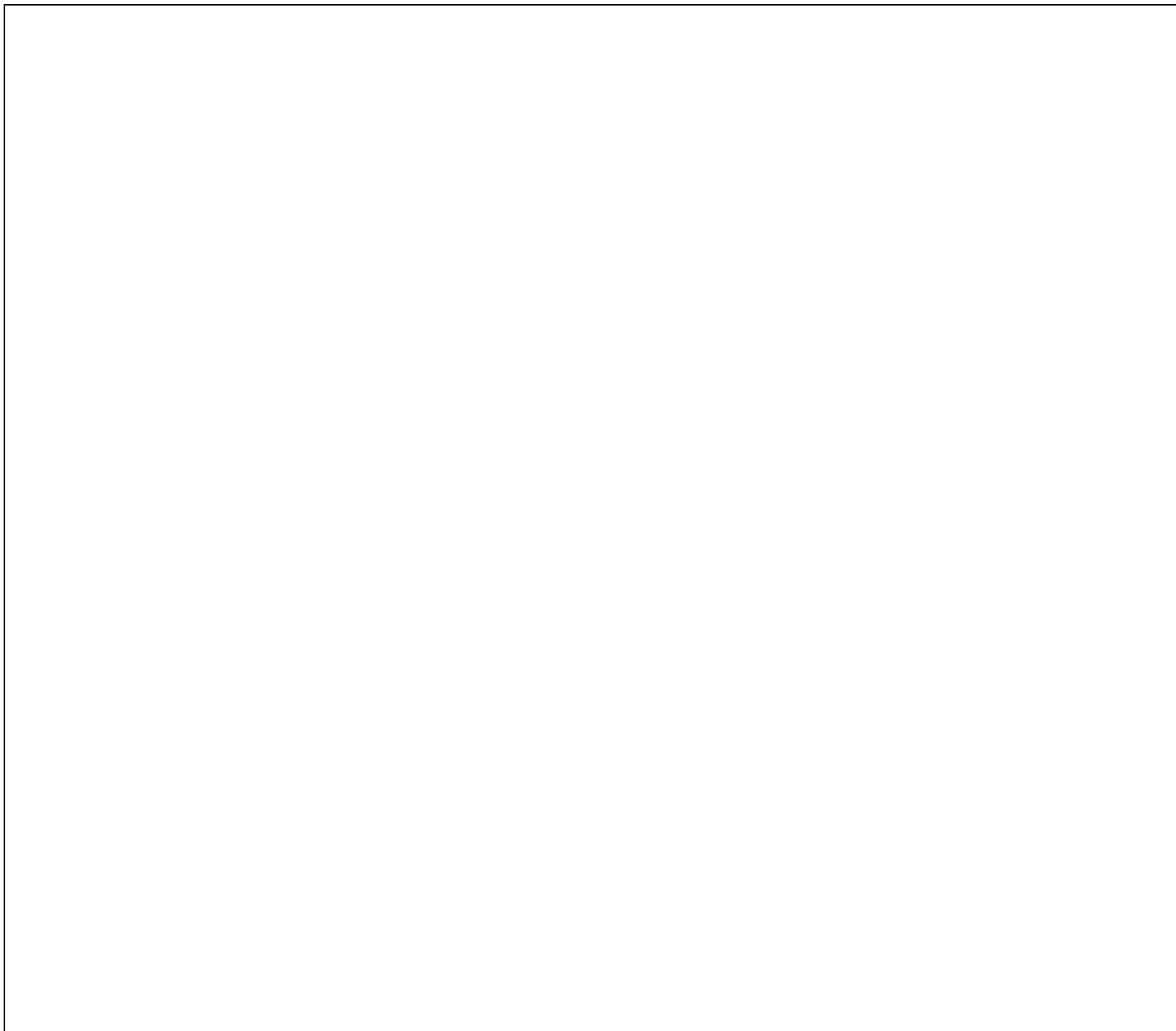
### V. Liczba przeprowadzonych kontroli i wydanych decyzji administracyjnych

\*W przypadku, gdy w wyniku kontroli nie wydano decyzji administracyjnej, a jedynie zalecenia, należy wypełnić kolumny 2, 5 (jeśli dotyczy), 6, 7

**RAPORT Z WIZYTACJI SCHRONISKA DLA BEZDOMNYCH ZWIERZĄT**

**2015**

**Uwagi, wnioski lub zalecenia wizytującego**



**Podpis kontrolowanego**

**Pieczętka i podpis  
urzędowego lekarza weterynarii**