

Anlieferungsbogen für die Eigenleistungsprüfung Fleischrind in der MPA Laage

MPA Laage, Tel.: 038459/32648, Fax: 038459/670098

Fett eingerahmte Felder bitte vollständig ausfüllen !

Rinderzuchtverband M-V e.G., Abt. Fleischrind, Tel. 03963/255933, Fax 03963/255942

Anlieferungsdatum					Tierpass	ja: []	nein: []
Betrieb					Amtstierärztliches Gesundheitszeugnis	ja: []	nein: []
Straße					Vereinbarung zur Pensionshaltung (2fach)	ja: []	nein: []
PLZ/Ort							
Telefon					(Grippe-) Schutzimpfung durchgeführt? (Rispoval RS + PI3 IntraNasal)	ja: []	nein: []
Tel. Mobil					Datum Impfung:		
Fax					Behandlung Endo/Ektoparasiten durchgeführt?	ja: []	nein: []
Ohrmarke (DE-Nummer)	Name (bitte Namen vergeben!)	Geburtsdatum	Hornstatus	Gewicht	Womit?	Wann?	
					Behandlung Kälberflechte durchgeführt?	ja: []	nein: []
					Wenn ja: Womit?	Wann?	
					Versicherung Tod/Nottötung erwünscht?	ja: []	nein: []
					falls nein: siehe Rückseite „Versicherung“		

Sonstiges:

Die umseitigen Anlieferungsbedingungen sind mir bekannt und erfüllt.

Datum:

Unterschrift: