

Auftragsformular Rind

- BVDV (Bovine Virusdiarrhoe-Virus)**
- Kappa Kasein**
- Sekundärer Chimärismus (Zwicke)**
- BLAD**
- Rotfaktor**

Angaben zum Antragsteller / Tierarzt / Zuchtverband

Vor/Nachname _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Tel. _____
Fax _____

Angaben zum Tierbesitzer

Vor/Nachname _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Tel. _____

Angaben zu Befund und Rechnung (bitte ankreuzen)

Rechnung an: Antragsteller / Tierarzt / Zuchtverband
 Tierbesitzer

Befund an: Antragsteller / Tierarzt / Zuchtverband
 Tierbesitzer

Proband

Name: _____

Geb. Datum: _____

Rasse: _____

Geschlecht: m w

LN: _____

Proben Nr.: _____

Datum, Unterschrift des Auftraggebers

Datum, Unterschrift des Probennehmers