

Tierärztliche Bescheinigung über die Blauzungenimpfung

Tierarztpraxis: _____

Telefon: _____

Betrieb:

Name: _____

Straße: _____

PLZ u. Ort: _____

FAX: _____

Blauzungenimpfung für das/die Tier/e:

DE	DE
DE	DE
DE	DE
DE	DE

		Verwendeter Impfstoff (bitte ankreuzen)			
	Datum	Boehringer/ CZ Veterinaria Bluevac-8 (T01)	Merial BTVpur AISap® (T11)	Fort Dodge Zulvac 8 Bovis® (T12)	Intervet Bovillis® BTV8 (T13)
1. Impfung					
2. Impfung					
3. Impfung					

Falls nicht geimpft, bitte ankreuzen !!

Nicht geimpft	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Tierarztes

Senden Sie uns bitte dieses Formular **umgehend** an die folgende
Faxnummer zurück (Fax Nr.: _____) :