

Probenkastenbegleitschein für Milchleistungsproben



Anschrift des Betriebes:	Kreis:
Straße:	
Postleitzahl/Ort:	

Feld nicht beschriften!

Kasten-Nr.:	<input type="text"/>	Flaschen-Nr. der letzten Probe mit Milch im Kasten:	<input type="text"/>
Betriebs Nr.:	<input type="text"/>	Anzahl der Kästen gesamt:	<input type="text"/>
Abrechnungseinheit:	<input type="text"/>	Harnstoffuntersuchung mit Autoanalyzer (kostenpflichtig)	
Prüfdatum:	<input type="text"/>	Kästchen bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/>
Lfd. Kasten-Nr.:	<input type="text"/>	Anzahl der Proben:	<input type="text"/>
Anschrift des Leistungsprüfers:		Proben-Nr.:	<input type="text"/>
Name/Straße:		Trächtigkeitsuntersuchung (kostenpflichtig)	
PLZ/Ort:		Kästchen bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/>
Telefon:		Anzahl der Proben:	<input type="text"/>
E-Mail:		Proben-Nr.:	<input type="text"/>
		E-Mail für Ergebnismitteilung:	

*Falls erforderlich Rückseite benutzen!

04/2024

Probenkastenbegleitschein für Milchleistungsproben



Anschrift des Betriebes:	Kreis:
Straße:	
Postleitzahl/Ort:	

Feld nicht beschriften!

Kasten-Nr.:	<input type="text"/>	Flaschen-Nr. der letzten Probe mit Milch im Kasten:	<input type="text"/>
Betriebs Nr.:	<input type="text"/>	Anzahl der Kästen gesamt:	<input type="text"/>
Abrechnungseinheit:	<input type="text"/>	Harnstoffuntersuchung mit Autoanalyzer (kostenpflichtig)	
Prüfdatum:	<input type="text"/>	Kästchen bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/>
Lfd. Kasten-Nr.:	<input type="text"/>	Anzahl der Proben:	<input type="text"/>
Anschrift des Leistungsprüfers:		Proben-Nr.:	<input type="text"/>
Name/Straße:		Trächtigkeitsuntersuchung (kostenpflichtig)	
PLZ/Ort:		Kästchen bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/>
Telefon:		Anzahl der Proben:	<input type="text"/>
E-Mail:		Proben-Nr.:	<input type="text"/>
		E-Mail für Ergebnismitteilung:	

*Falls erforderlich Rückseite benutzen!

04/2024