

Milchleistungsprüfung KA 027

Betrieb:	Betriebsnummer	AE
----------	----------------	----

Prüftag:						Beginn		Ende					
						Stunde	Minut	Stunde	Minute				
Tag vor der Prüfung						morgens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	
						abends	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	
Prüftag	Gemelk		Probe				morgens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr
Datum	A	M	A	M			abends	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr
Tag nach der Prüfung						morgens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	
						abends	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	

Datum
Je 1 Exemplar LKV DES, LKV MLI, Betrieb

Für die Richtigkeit: Unterschrift Betriebsleiter/Beauftragter