



# Probenkastenbegleitschein für Milchleistungsproben



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

Feld nicht beschriftet!

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"/>
Abrechnungs-Einheit:	<input type="text"/>	<b>Trächtigkeitsuntersuchung (kostenpflichtig)</b>	
Prüfdatum:	<input type="text"/>	Kästchen bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/>
Lfd. Kasten-Nr.:	<input type="text"/>	Anzahl der Proben:	<input type="text"/>
<b>Anschrift des Leistungsprüfers:</b>		Proben-Nr.:	<input type="text"/>
Name/Straße:			
PLZ/Ort:			
Telefon:		E-Mail für Ergebnismitteilung:	
E-Mail:			