

# Büffelmilch

## Probenkastenbegleitschein für Milchleistungsproben



Anschrift des Betriebes:

Kreis:

Feld nicht  
beschriftet

Straße:

Postleitzahl/Ort:

Betriebsteil

Kasten Nr.:

Flaschen Nr. der letzten  
Probe mit Milch im Kasten:

Betriebs Nr.:

Anzahl der Kästen gesamt:

Abrechnungs-  
Einheit:

**Harnstoffuntersuchung mit Autoanalyzer (kostenpflichtig)**

Kästchen bitte ankreuzen

Prüfdatum:

Anzahl der Proben:

Lfd. Kasten Nr.:

Proben-Nr.:

(falls erforderlich Rückseite benutzen)

**Anschrift des Leistungsprüfers:**

Name/Straße

Telefon:

Plz/Ort

# Büffelmilch

## Probenkastenbegleitschein für Milchleistungsproben



Anschrift des Betriebes:

Kreis:

Feld nicht  
beschriftet

Straße:

Postleitzahl/Ort:

Betriebsteil

Kasten Nr.:

Flaschen Nr. der letzten  
Probe mit Milch im Kasten:

Betriebs Nr.:

Anzahl der Kästen gesamt:

Abrechnungs-  
Einheit:

**Harnstoffuntersuchung mit Autoanalyzer (kostenpflichtig)**

Kästchen bitte ankreuzen

Prüfdatum:

Anzahl der Proben:

Lfd. Kasten Nr.:

Proben-Nr.:

(falls erforderlich Rückseite benutzen)

**Anschrift des Leistungsprüfers:**

Name/Straße

Telefon:

Plz/Ort